



Desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF

Mestranda: Fátima Gabriela Da Rocha Gomes

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, para obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde.

Orientada por: Prof. Doutora. Carminda Morais e Prof. Pilar Baylina.

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Viana do Castelo, Novembro de 2011



Desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF

Mestranda: Fátima Gabriela da Rocha Gomes

Orientadores: Prof. Doutora Carmina Morais e Prof. Pilar Baylina

Viana do Castelo, Novembro de 2011

RESUMO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm vindo ao longo dos anos a assumir centralidade, sobretudo nos discursos políticos, sendo considerados como a 'porta' de entrada nos serviços de saúde. Contudo, na prática têm-se desenvolvido a ritmos e sob perspectivas distintas na interface com as políticas dos governos vigentes. Esta realidade, reflecte-se, na qualidade dos mesmos e nas metodologias que subjazem à sua avaliação.

Recentemente, as orientações da DGS tendem para o *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) com desenvolvimento inicial de experiências de acreditação de algumas USF. Assim, a presente dissertação, através de um estudo de caso, procura conhecer a percepção dos intervenientes em relação aos objectivos que levaram a USF ao processo de acreditação pelo modelo supracitado, aos pontos fortes e fracos, bem como, a opinião global em torno do mesmo. Visa-se ainda analisar sugestões e/ou recomendações em relação às USF interessadas e finalmente, conhecer a percepção dos profissionais intervenientes. Tendo por base os objectivos, a investigação insere-se no paradigma qualitativo, com recurso à entrevista complementada pela análise documental. Os participantes neste estudo são três entrevistados da equipa da qualidade, de uma USF acreditada à luz deste modelo. Os principais resultados fruto das percepções dos entrevistados evidenciaram como factores positivos da acreditação, a melhoria da qualidade dos cuidados, o controlo interno dos processos, o aumento da motivação e operacionalização da equipa, a detecção de lacunas organizacionais e o reconhecimento externo. A interacção entre a equipa e as entidades envolvidas na acreditação, a falta/insuficiência de apoio prestado durante o processo, as falhas no suporte informático e a inexistência de normas e procedimentos constituíram as maiores dificuldades expressas. A percepção da inadequação deste modelo é transversal a todas as entrevistas, sobretudo no que se refere ao funcionamento e ao quadro legal, pelo que ainda necessita de ser trabalhado nesse sentido.

Palavras-chave: CSP, USF; qualidade e acreditação.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) ha assumido a lo largo de los años la centralidad, sobre todo en los discursos políticos, siendo considerada como la puerta de entrada en los servicios de salud. Sin embargo, en la práctica se han desarrollado a ritmos y sobre perspectivas diferentes, en la interfaz con las políticas de los gobiernos vigentes. Esta realidad se refleja en la calidad de la atención y en las metodologías implícitas en la evaluación.

Recientemente, las orientaciones de la *DGS* se inclinan para la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), con un desarrollo inicial de experiencias de acreditación de algunas *USF*. Así, la presente disertación, a través de un estudio de caso, procura conocer la percepción de los interventores relativa a los objetivos que llevaron la *USF* al proceso de acreditación por el modelo supradicho, a los puntos fuertes e débiles, así como, la opinión global acerca del mismo. Se visa también analizar sugerencias y/o recomendaciones relativas a las *USF* interesadas y finalmente conocer la percepción de los profesionales interventores. Con base en los objetivos, la investigación se incluye en el paradigma cualitativo, con recurso a la entrevista complementada por el análisis documental. Los participantes en este estudio son tres miembros del equipo de la calidad, de una *USF* acreditada a través de este modelo. Los resultados principales de las percepciones de los encuestados evidenciaron como factores positivos de la acreditación, la mejora de la calidad de la atención, el control interno de los procesos, el aumento de la motivación del equipo, la detección de deficiencias en la organización y el reconocimiento externo. La interacción entre el equipo y las entidades implicadas en la acreditación, la carencia/insuficiencia de apoyo durante el proceso, los fallos en el soporte informático y la falta de normas y procedimientos constituyeron las mayores dificultades expresadas. La percepción de la inadaptación de este modelo es transversal a todas las entrevistas sobre todo en relación al funcionamiento y al marco legal, por lo que aún necesita ser trabajado.

Palabras-clave: APS, *USF*, calidad y acreditación.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) has gained, over the years, centrality, especially in political speeches, being taken as the front 'door' to the health services. However, experience states that it has been developed rhythmically and also under different perspectives in the interface with the policies of current governments. This reality is echoed in their quality and in their underlied evaluation methodologies.

Lately, the guidelines of the *DGS* are closer to the “*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*” (ACSA) with the initial development of some *USF*’s experiences accreditation. Therefore, a case study of this thesis seeks to investigate the perception of those who intervene regarding the purposes that led to the accreditation process of the *USF* by the model above, the strengths and weaknesses, as well as the overall opinion concerning it. It also pertains to examine suggestions and recommendations of the involved *USF*, so as to finally get to know the view of the intervening professionals. Based on the objectives, the research falls within the qualitative paradigm supported by complementary interviewing by means of documentary analysis. The participants in this study are made of three quality team members of an accredited *USF* which follows this model. The main findings result from perceptions of the interviewees who showed positive factors of an accreditation in, the improvement of the quality of caretaking, internal control processes, the increase of team motivation, detection of organisational flaws and external recognition. The interaction of the team and those involved in accreditation, the lack / inadequacy of proper support during the process, the flaws in computing backing and the inexistence of rules and procedures were the greatest difficulties uttered. The perception of the inadequacy of this model is seen all across the board in all interviews, especially concerning the functioning and legal framework, thus still needing to be worked upon.

Keywords: PHC, *USF*, quality and accreditation.

AGRADECIMENTOS

Finalizada uma etapa particularmente importante na minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa e penosa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha amiga e colega de mestrado Nury Esteves, pelo apoio constante em todos os momentos.

Às orientadora e co-orientadora pelo estímulo do desenvolvimento do trabalho e apoio constantes.

Aos professores que comigo partilharam o seu saber.

Agradeço aos profissionais da equipa da qualidade da USF em estudo, que participam neste, tornando possível a sua realização.

Ao Presidente da IPSS onde trabalho, pelo apoio constante e pela flexibilidade de horários.

Aos meus pais e irmãs, agradeço o apoio e coragem que sempre me transmitiram.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos, colegas de trabalho.

A todos,

Muito Obrigado!

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde
ACSA	Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía
AESOP	Associação dos enfermeiros de sala de operações portugueses
AEP	Associação Empresarial de Portugal
APCER	Associação Portuguesa de Certificação
AQS	Sociedade Americana para a Qualidade
ARS	Administrações Regionais de Saúde
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
CIESUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CT	Comité técnico
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
DGS	Direcção-Geral da Saúde
EN	Norma Europeia
EFQM	European Foundation for Quality Management
EQA	European Quality Award
GQR	Gestão da Qualidade Total
HQS	Health Quality Service
IQIP	International Quality Indicator Project
IPAC	Instituto Português da Acreditação
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
ISO	International Organisation for Standardisation
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KF-HQS	King's Fund Health Quality Service
MCQ	Melhoria Contínua da Qualidade
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
QMAS	Quality Management and Analysis System

MoniQuOr	Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde
NHS	National Health Service
NOCs	Normas de Orientação Clínica
NPQ	Norma Portuguesa da Qualidade
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PQIP	Portuguese Quality Indicator Project
SINUS	Sistema Informático Nacional para Unidades de Saúde
SGS	Sistema de Gestão da Qualidade
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPQ	Sistema Português da Qualidade
SPQS	Sistema Português da Qualidade na Saúde
SRS	Sub-Regiões de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USP	Unidades de Saúde Pública
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

ÍNDICE GERAL

	P
Introdução	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
1- AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR NUM CONTEXTO DE EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM BUSCA DA QUALIDADE	4
1.1- A Evolução dos Cuidados de Saúde Primários: dos Referenciais Políticos a Experiências Europeias	4
1.2- Cuidados de Saúde Primários em Portugal	11
1.2.1- Dos Discursos Políticos às Concretizações	11
1.2.2- As Unidades de Saúde Familiar um Desafio à Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários	18
2- QUALIDADE	22
2.1- Evolução e Conceitos	22
2.2- Evolução dos Referenciais Normativos	32
2.3- A Qualidade na Saúde	33
2.4- Evolução de Projectos da Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	42
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO.....	53
3- PERCUSO METODOLÓGICO.....	54
3.1- Introdução e Justificação da Problemática	54
3.2- Objectivos de Estudo	55
3.3 – Questões de Partida	55
3.4 – Análise Crítica da Bibliografia	55
3.5- Opções Metodológicas e Técnicas	57
3.5.1- Tipo de Investigação	57
3.5.2- População	58
3.5.3- Selecção dos Entrevistados	58
3.5.4- Procedimentos Para a Colheita de Dados	59
4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	62
4.1- Unidade de Saúde Familiar em Estudo: Organização, Funcionamento e Acreditação .	62

4.2- A Percepção dos Entrevistados	66
4.2.1- Decisão de Implementação do Modelo	69
4.2.2- Objectivos do processo	70
4.2.3- Ajudas Externas	71
4.2.4- Barreiras Externas	72
4.2.5- Benefícios para a Organização	74
4.2.6- Dificuldades Internas	76
4.2.7- Opiniões dos Agentes Envolvidos	79
4.2.8- Sugestões/Recomendações a outras USF	80
4.2.9- Inadaptabilidade do Modelo ACSA	81
4.2.10- Sugestões	82
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	83
5.1- Resultados	83
5.2- Conclusões	88
5.3- Sugestões	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	98
Anexo I – Entrevista	99
Anexo II – Consentimento Informado	100
Anexo II – Carta da Qualidade da USF A	101
Anexo IV – Carta da Qualidade da USF B	104
Anexo V – Carta da Qualidade da USF C	105

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de Inclusão/Exclusão	56
Tabela 2: Análise das Cartas da Qualidade	64
Tabela 3: Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias	67
Tabela 4: Decisão de Implementação do Modelo	70
Tabela 5: Objectivos do Processo	71
Tabela 6: Ajudas Externas	72
Tabela 7: Barreiras Externas	74
Tabela 8: Benefícios para a Organização	76
Tabela 9: Dificuldades Internas	79
Tabela 10: Opinião dos Agentes Envolvidos.....	80
Tabela 11: Sugestões/recomendações a Outras USF	81
Tabela 12: Inadaptabilidade do Modelo ACSA	82
Tabela 13: Sugestões	82

Introdução

O presente estudo subordinado ao tema “Desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF” surge como resposta a um requisito de avaliação da Unidade Curricular da Dissertação/Estágio/Trabalho de Projecto, enquadrada no âmbito do Mestrado em Gestão de Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde, realizado no âmbito da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR) e ministrado no Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Em termos estruturais divide-se em duas partes. Na primeira apresenta-se a fundamentação teórica e na segunda encontra-se o trabalho empírico, onde se inscreve o percurso metodológico, apresentam-se e analisam-se os resultados obtidos e expõem-se as conclusões. No final encontram-se as referências bibliográficas e os principais anexos.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) sendo elementos do Sistema de Saúde Português também têm como objectivo contribuir para os ganhos na saúde da população. A avaliação da qualidade das mesmas assume relevância incontornável em diferentes orientações e políticas normativas. Assim, partindo deste pressuposto esta investigação dá enfoque a uma das primeiras experiências de acreditação através da Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía (ACSA), em fase inicial de implementação em Portugal. Neste sentido pretende-se compreender a forma como são implementados os sistemas da qualidade nos cuidados de saúde primários, uma vez que estes são a principal porta de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Esta investigação visa conhecer quais os objectivos que levaram a USF a aderir ao processo de acreditação pelo modelo mencionado ACSA, identificar os pontos fortes e fracos percebidos pelos profissionais envolvidos na acreditação, conhecer a opinião na perspectiva dos intervenientes sobre o processo de acreditação, identificar sugestões e/ou recomendações destes profissionais para outras USF candidatas a este processo e por fim conhecer a percepção dos profissionais acerca da adequação do referido modelo à realidade dos CSP em Portugal.

Deste modo, tendo por base os objectivos do estudo anteriormente referidos, esta pesquisa insere-se no paradigma qualitativo. Trata-se de um estudo de caso na medida em que se centra na “análise intensiva, empreendida numa única ou em algumas organizações”. Procura-se, assim, reunir um conjunto de informações tão numerosas e detalhadas quanto possível, com o objectivo de compreender a totalidade da situação (Schoutheete, Herman & Bruyne, 1991).

A escolha da problemática prendeu-se com o facto dos modelos de qualidade conducentes aos processos de acreditação implicarem a adopção de padrões, neste caso de nível internacional, criando-se procedimentos conducentes à diminuição da variabilidade das práticas, à melhoria da qualidade e produtividade organizacional. Este aumento do nível de qualidade reflecte-se em ganhos em saúde na população abrangida. Esta escolha foi motivada pela necessidade de aprofundar conhecimentos na área da qualidade aplicada aos cuidados de saúde primários, de modo a compreender quais são ganhos e os entraves reais decorrentes da acreditação para as unidades de saúde.

A USF em estudo é, uma das primeiras unidades a ser acreditada em Portugal à luz do referido modelo. Neste contexto, surgiu a necessidade de identificar e analisar os pontos fortes e fracos quer ao nível interno, quer ao nível externo, com os quais a equipa se deparou ao longo do processo de acreditação.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1- AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR NUM CONTEXTO DE EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM BUSCA DA QUALIDADE

As respostas às necessidades de saúde das populações e a sustentabilidade dos serviços nacionais de saúde constituem uma preocupação constante dos governos e dos próprios cidadãos individual ou colectivamente organizados. Neste contexto, os CSP têm sido alvo de apoio pelo menos, no âmbito das políticas e orientações técnicas, sendo considerados a primeira porta de entrada nos serviços de saúde. Esta realidade conduz a novas matrizes de organização de cuidados em ampla articulação com a qualidade garantida aos cidadãos, utilizadores deste sistema.

Assim, a evolução dos CSP será analisada, fundamentalmente, a partir da sua emergência com base em referenciais de cariz mundial em articulação com as experiências no âmbito deste nível de cuidados em dois países da Europa, Espanha e Reino Unido.

Na justa medida do estudo procura-se também perceber as condicionantes que atravessam o desenvolvimento dos CSP em Portugal, dando-se ênfase à centralidade deste nível de cuidados (CSP) nos discursos políticos, embora nem sempre consentânea com a prática observada.

Termina-se com uma análise sobre as USF em contexto de reforma de saúde em curso, em articulação com avaliações da qualidade dos cuidados.

1.1- A Evolução dos Cuidados de Saúde Primários: dos Referenciais Políticos a Experiências Europeias

Compreender a evolução dos CSP passa também pela análise da emergência dos próprios sistemas de saúde. A criação e evolução dos sistemas de saúde na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE¹), resulta pois de duas distintas concepções de protecção social, mas assentando ambas na necessidade de criação de uma rede social destinada a responder às carências da população e atenuar as tensões sociais.

Os sistemas de saúde organizados têm, assim, a sua génese no final do século XIX com a revolução industrial em associação com um conjunto de factores, dos quais se destacam: em primeiro lugar o elevado número de acidentes de trabalho e de doenças transmissíveis entre os trabalhadores; em segundo lugar, a necessidade de diminuir o elevado impacto de doenças nos cenários de guerra; em terceiro lugar, a intervenção política crescente de movimentos socialistas na Europa das quais se destaca Bismarck na Alemanha que em 1883 implementou uma lei inovadora conducente à criação de um sistema de segurança social pelo estado.

¹ A OCDE foi criada a 30 de Setembro de 1961 trata-se de uma organização internacional e intergovernamental que agrupa os países mais industrializados da economia do mercado. É neste contexto que os representantes dos países membros se reúnem para trocar informações e definir políticas com o objectivo de maximizar o crescimento económico e o desenvolvimento dos seus países (Infopédia, 2011).

O ambiente da 2.^a guerra mundial reforçou esta necessidade pelo que emergiu o sentimento de solidariedade entre o povo britânico. Foi neste contexto que o relatório Beveridge de 1942 considera os serviços de saúde como uma das condições necessárias para a criação de um sistema viável. Propôs então que o financiamento dos serviços de saúde se fizesse a partir da totalidade da riqueza do país², e não só a partir das contribuições do trabalho, tal como sucedia com o contrato bismarckiano. Em 1948, o ‘*National Health Service*’ (NHS), no Reino Unido desenvolveu-se no seguimento do NHS Act de 1946. O Estado passou, deste modo, a ser responsável por assegurar serviços de saúde, marcando o princípio do acesso igual para todos os cidadãos. Esta lei influenciou a organização de outros sistemas de saúde em cinco³ aspectos principais: 1.^o responsabilidade, 2.^o compreensividade, 3.^o universalidade, 4.^o igualdade e 5.^o autonomia. Na realidade os “sistemas de segurança social e em particular os de saúde, desenvolveram-se no mundo à sombra destes dois grandes modelos – o bismarckiano e o beveridgeano” (Simões, 2005, p. 33).

Um dos acontecimentos relevantes na área da saúde, à época, é a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) a 7 de Abril de 1948, passando a definir-se saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social*” em oposição ao que vinha acontecendo em que se considerava a saúde como a ausência de doença. Pese embora os conceitos em torno de “saúde” se tenham alterado à data, a ênfase discursiva colocadas aos CSP e nas suas potencialidades como resposta às necessidades sociais remete-nos para os fins da década de setenta, como de seguida veremos.

- **Acontecimentos relevantes para a emergência dos CSP no mundo**

De facto o desenvolvimento das políticas de saúde globais, nomeadamente no contexto dos CSP foi fortemente influenciado por vários acontecimentos a nível internacional, dos quais se destacam o compromisso da OMS relativamente às Metas da Saúde para todos em 1977, a Conferência de Alma Ata em 1978, as Estratégias e as Metas da Saúde Para Todos da OMS em 1985, a

² O financiamento da saúde a partir do “orçamento geral de Estado” tendo a sua génese neste modelo (OPSS, 2003).

³ 1.^o Responsabilidade – Do estado pela saúde dos cidadãos, garantindo a gratuidade de cuidados e a satisfação das necessidades efectivas (Simões, 2005).

2.^o Compreensividade – Este conceito contempla a promoção da saúde física e mental, bem como a prevenção e tratamento de doenças (Simões, 2005).

3.^o Universalidade - Pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e por serviços prestadores de cuidados, assim como todos tenham direito a todo o tipo de cuidados de saúde (Rosa, 2002).

4.^o Igualdade - O artigo 13.^o da Constituição Portuguesa proclama que “todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”. Também refere que “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual”.

5.^o Autonomia – A autonomia é “pensada fundamentalmente em termos do direito de deliberar e escolher livremente” (Foderário & Zancanaro, p.7).

Conferência de Ottawa em 1986, a Conferência de Adelaide de 1988 a Declaração de Munique de 2000, a conferência de Sundsvall de 1991 e a Declaração de Jackarta de 1997 (DGS, 1997).

A Conferência Internacional sobre os CSP, que ocorreu em Alma-Ata em 1978, apelou à mobilização nacional e internacional de modo a impulsionar e a colocar em prática os CSP em todo o mundo. Ressaltou ainda a necessidade de todos os organismos, nacionais e internacionais, destinarem maior apoio técnico e financeiro aos CSP, principalmente nos países em desenvolvimento. Esta propôs também a colaboração de todas as entidades no estabelecimento, desenvolvimento e manutenção dos CSP (DGS, 1978).

Os valores declarados em Alma-Ata sobre este nível de cuidados (justiça social, direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade) foram considerados pelo relatório mundial de saúde, como um conjunto de valores e princípios que devem orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde (WHO, 2008).

Na linha de Pardal (1988) consideramos que a Declaração de Alma Ata, criou uma nova orientação para a política de saúde, através da participação da população e cooperação entre os diversos sectores da sociedade.

A Carta de Ottawa, elaborada em 1986, resultou da primeira Conferência Internacional orientada para a Promoção da Saúde, como estratégia fundamental para alcançar a 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Nesta carta ficou estabelecido que a promoção da saúde passava por, em primeiro lugar elaborar uma política de saúde pública, em segundo criar ambientes favoráveis, em terceiro reforçar a acção comunitária, em quarto desenvolver aptidões pessoais e em quinto e último, reorientar os serviços de saúde (Anónimo, 1986).

De acordo com esta Carta, a *"promoção da saúde é um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar"* (DGS, 1997, p. 104). Valorizando portanto, o aumento do poder dos cidadãos sobre a sua saúde. Este documento refere ainda que *"uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante para a qualidade de vida"* (Idem).

Por sua vez, a Conferência de Adelaide de 1988 continuou dentro do espírito das conferências acima mencionadas e impulsionou a formulação e implementação de Políticas Favoráveis à Saúde. O seu principal objectivo foi a criação de um ambiente físico e social, que permitisse aos indivíduos terem uma vida saudável. No ano seguinte realizou-se em Genebra a *'Chamada para a Acção: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento'* (Pardal, 1988).

Mais tarde em 1991, realizou-se em Sundsvall, na Suécia a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que abordou a temática 'Ambientes Favoráveis à Saúde'. Esta potenciou a continuidade das conferências anteriores, realçando as áreas da saúde, ambiente e desenvolvimento humano. Aumentar o poder de decisão das pessoas e a sua participação na comunidade são factores determinantes no processo de promoção da saúde. Por isso, a educação

é um elemento chave para a mudança. Estas acções vieram enaltecer e clarificar a importância e o sentido da promoção da saúde (Anónimo, 1991).

Em Julho de 1997, na cidade de Jakarta, ocorreu a quarta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde 'Novos actores para a Nova Era: adaptar a promoção da saúde ao século XXI'. Nesta Conferência definiram-se as prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

- 1- Promover a responsabilidade social a favor da saúde;
- 2- Aumentar os incentivos para desenvolver a saúde;
- 3- Reforçar e alargar as parcerias para a saúde;
- 4- Aumentar as capacidades da comunidade e dar aos cidadãos os meios para agir;
- 5- Implementar uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Ainda durante o mesmo ano, o Tratado de Amesterdão referiu um conjunto de medidas e incentivos, delineados para proteger e promover a saúde humana. Este salientou a importância do desenvolvimento da Saúde Pública, da prevenção da doença e minimização das fontes de risco para o homem. Destacou ainda a importância da promoção da investigação das causas, as formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação para a saúde (DGS, 1997).

Pese embora o consenso conseguido na conferência Alma-Ata ficou à responsabilidade de cada país a adopção de medidas de correcção das desigualdades em saúde. Os resultados alcançados, trinta anos após a mesma, apontaram para um aperfeiçoamento da saúde bastante desigual, principalmente nas populações mais desfavorecidas que não conseguiram alcançar os mesmos resultados. De qualquer modo, a declaração de Alma-Ata está inegavelmente na origem aos actuais CSP, que receberam um novo impulso na conferência Europeia de Munique 2000, nomeadamente no que se refere à organização dos cuidados às famílias (World Health Organization [WHO], 2008).

Neste contexto, o incentivo à implementação dos CSP tem sido amplamente defendido, nomeadamente no que se refere à sustentabilidade dos serviços de saúde materializada, pelo menos em grande medida, pela especificidade dos mesmos (CSP).

O Relatório Mundial de Saúde de 2008 em que se faz uma análise das reformas dos CSP, aponta no mesmo sentido. Surgem como essenciais na resposta aos desafios da saúde num mundo em constante mudança, na medida em que vão ao encontro das expectativas crescentes dos países e dos cidadãos, em relação à prestação de cuidados de saúde. O mesmo refere que à medida que os países procuram reforçar os seus sistemas de saúde, procuram também, cada vez mais, um sentido e orientações nos CSP (WHO, 2008).

O relatório supra-citado identifica quatro pacotes de reformas dos CSP, que pretendem conseguir:

- acesso e protecção social universais, de modo a melhorar a equidade em saúde;
- a reorganização da prestação de serviços tendo em vista as necessidades e expectativas dos cidadãos;
- melhores políticas públicas para as comunidades mais desfavorecidas;

- reorganização das lideranças em saúde, fomentando-se a participação activa de parcerias relevantes, nos termos das orientações políticas globais.

Também os estudos da pesquisadora (Bárbara Starfield cit. por MS, 2008) referem que nos países onde os cuidados primários têm sido mais permanentes, são aqueles onde a saúde tem um menor custo total. Para a mesma, a diferença encontra-se essencialmente na qualidade dos serviços prestados, que poderá ser vista através da continuidade dos mesmos, na manutenção da saúde e cooperação dos vários profissionais (MS, 2008).

Neste contexto, analisaremos o desenvolvimento dos CSP em dois países europeus, Reino Unido e Espanha. Dado que o mesmo (desenvolvimento) é amplamente conjugado com a problemática da qualidade, ainda que, sobre diferentes abordagens e perspectivas.

- **Desenvolvimento dos CSP na Europa: o caso do Reino Unido e Espanha**

No Reino Unido, antes de se iniciar a reforma dos CSP e durante um período de seis meses, foi realizada, uma consulta pública com o objectivo de conhecer as expectativas dos profissionais de saúde e dos utentes, acerca dos CSP. Com base nos resultados da consulta pública foi executada, entre 1998 e 2003, uma reforma nos CSP, que actuou principalmente ao nível da equidade, qualidade e acesso (OPSS, 2008). O enfoque na qualidade começa a constituir-se assim, uma marca indelével na implementação e desenvolvimentos dos CSP do Reino Unido.

Na realidade, constatou-se que com o evoluir desta reforma, os CSP criaram os seus próprios sistemas de 'Clinical Governance'⁴ processo em que as unidades prestadoras de cuidados de saúde se comprometem com a melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e com a adopção de altos padrões de qualidade. O mesmo abrange todos os membros da equipa de saúde e o reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados. Implica um esforço conjunto da equipa para identificar aspectos dos cuidados que necessitem de ser melhorados e para procurar soluções. Significa a responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes. Não basta prestar bons cuidados, é necessário demonstrá-lo, para manter a confiança de colegas e cidadãos (OPSS, 2003). Este conceito engloba a responsabilidade da organização disponibilizar uma intervenção segura e de elevada qualidade aos utentes, constituindo o veículo através do qual o desempenho é tornado explícito e visível (MS, 2008).

Esta lógica da governação clínica que estrutura quase totalidade do Sistema de Saúde Britânico assenta no princípio da 'Clinical Governance'. Este traduz uma consciência organizacional, associada ao cumprimento de objectivos e metas, qualidade e segurança dos serviços de saúde. As metas e objectivos de acção são quantitativa e qualitativamente medidos, avaliados e redimensionados. Neste sentido, têm sido implementadas comissões de controlo da qualidade no

⁴ 'Clinical Governance' surgiu no âmbito da melhoria da qualidade nos cuidados de saúde do HNS no Reino Unido, definindo-se como: "a system through which MHS organization are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish" (Sally & Donaldson, 1998 p. 61).

sistema de saúde britânico *NHS*, as quais têm poderes de investigação e circulação livre nos serviços, liberdade de acesso a informações e documentos clínicos, entrevistas com médicos, reavaliação de utentes, podendo ainda aplicar sanções aos faltosos, tais como, cancelar as licenças, multas e até detenções (Idem).

Assim, o serviço nacional de saúde *NHS* do Reino Unido, através do envolvimento dos utentes alcançou uma melhoria dos CSP. Compete ao departamento de saúde identificar e desenvolver estratégias que vão de encontro às necessidades dos utentes e do público em geral. A melhoria dos cuidados passa pela inclusão dos utentes, como parceiros, nos processos de cuidados na medida em que o cidadão é o centro do sistema, e é ouvido/envolvido, de modo, a introduzir melhorias. Neste cenário emergiu o '*empowerment do cidadão*⁵', através da implementação da cultura da qualidade nas organizações. De acordo com (Anderson & Funnell, 2003) o '*empowerment*' assenta em quatro pilares: '*awareness*', '*choise*', '*responsability and freedom*'. Neste sentido, deve ser dado poder ao cidadão para decidir sobre a sua saúde, para tal é necessário criar uma parceria responsável entre o cidadão e os profissionais de saúde.

Nas últimas décadas houve uma considerável mudança na relação de parceria dos utentes com os cuidados de saúde e constituiu-se uma estratégia de envolvimento dos utentes, na discussão acerca dos aspectos a melhorar (Stevenson, Sinfield, Ion & Merry 2004). "*Cidadãos cada vez mais informados e conhecedores dos seus direitos pressionam os decisores políticos no sentido de se encontrarem respostas mais prontas e de maior qualidade*" (Simões, 2005, p. 25).

Foi criado então um programa nacional denominado '*Quality Management and Analysis System*' (QMAS) entre 2002 e 2003, que abrangia a prática dos médicos de clínica geral individualmente e também as clínicas colectivas de cuidados primários. O mesmo visava avaliar e produzir informações, sendo também contemplado *feedback* aos participantes, referente à qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Desenvolveu-se, ainda, um processo de auditoria clínica de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, bem como, os resultados das intervenções médicas.

O desenvolvimento e construção de uma nova geração de centros de CSP foi, um amplo compromisso político do governo. O crescimento destes novos centros tiveram como objectivo melhorar a qualidade e integrar os CSP, promovendo assim um melhor acesso aos cuidados de saúde (Jones, Hillier & Comfort, 2009).

Estes centros passaram a incluir, para além do médico de clínica geral, pediatra, oftalmologista, dentista, fisioterapia, centros mentais comunitários, cuidados domiciliários e sociais, meios de diagnóstico e serviços que tradicionalmente se encontravam apenas nos hospitais e farmácias (Idem).

Segundo a mesma fonte em termos gerais estas unidades visavam conseguir:

⁵ "Empowerment is a process which people gain mastery over their life's" (Anderson & Funnell, 2003, 454).

- Criar uma massa crítica constituída por um grupo de profissionais dos CSP, de modo a aumentar o alcance dos serviços;
- Explorar economias de escala para providenciar um maior suporte de diagnóstico com rápido acesso e dotado de outros serviços que dificilmente se ofereceriam em pequenas unidades;
- Reduzir a necessidade dos utentes recorrerem ao hospital através da redistribuição dos serviços que não necessitem de estruturas hospitalares;
- Criar espaços para outros serviços;
- Acabar com as barreiras entre os cuidados primários e secundários e melhorar as oportunidades dos especialistas, pois poderão trabalhar lado a lado com colegas dos CSP.

Situando-nos agora na reforma dos CSP em Espanha constatamos que a mesma teve grande impulso em 1986, tendo-se caracterizado pela descentralização dos cuidados, investindo-se localmente nas comunidades autónomas. Nesta reforma foram tidas como prioridades, a formação dos profissionais, a gestão clínica e os salários. Vocacionou-se essencialmente para o trabalho em equipas multidisciplinares, que prestavam cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, o que permitiu ainda, que cada cidadão tivesse um médico e um enfermeiro. Estas medidas levaram a uma diminuição de prescrições e de consultas hospitalares de especialidades (OPSS, 2008).

Na região de Andaluzia foi estabelecido o 'II Plano de Qualidade do Sistema Sanitário Público', cuja génese assenta na ideia que a qualidade dos serviços de saúde deve centrar-se nos cidadãos, deve ser assegurada a continuidade dos cuidados e os profissionais de saúde devem ser devidamente qualificados. Este sistema baseia-se em cinco pontos: a aceitação das necessidades e expectativas dos cidadãos, a garantia da qualidade e política de saúde dos serviços prestados ao público, a gestão do conhecimento, o incentivo à inovação e a modernização do sistema (MS, 2008).

Neste contexto foi criada a 'Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía' (ACSA). Trata-se de uma fundação pública, com a missão de certificar os serviços de saúde e credenciar. A sua intervenção inicial foi marcada por um cenário político estratégico, que a visou concretização de programas de qualidade e acreditação. No ano 2000, o Governo Regional traçou um plano para a qualidade, que tinha como finalidade implementar programas de acreditação, de certificação e de avaliação da qualidade. Entende-se por acreditação (...) *"o processo mediante o qual é reconhecido que o modo como se presta a assistência em saúde aos cidadãos está vinculado a um modelo de qualidade, no qual é mandatária a promoção de melhorias contínuas, seja das instituições ou dos profissionais envolvidos"* (MS, 2008, p.27). Poderá estabelecer-se em três níveis: avançado, óptimo e excelente. Neste processo, os profissionais assumiram trabalhar no dia-a-dia com elementos organizacionais, o que facilitou a qualidade da actividade, bem como a avaliação dos serviços (Idem).

Constituem os principais objectivos desta reforma: ampliar a acessibilidade, aumentar a satisfação dos profissionais e utilizadores, melhorar a qualidade, a continuidade dos cuidados e a eficiência (MS, 2008).

São inúmeros os desafios futuros da saúde, por isso é necessário serem repensados de forma efectiva e equitativa. A saúde global tem vindo a receber cada vez maior atenção, com o ambiente internacional a favorecer a renovação nos CSP. Preconizando-se assim investimentos nas reformas dos CSP como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde e melhoria a saúde das populações a um custo sustentável (Idem).

1.2- Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Nesta parte do trabalho será a centralidade dos CSP nas políticas de cuidados em articulação com a concretização (ou não) aí preconizados, termina-se dando ênfase aos discursos políticos e as concretizações às USF como um desafio à qualidade dos CSP.

1.2.1- Dos Discursos Políticos às Concretizações

Em 1901 foi criada a Direcção de Saúde e Beneficência e manteve-se a mesma estrutura de saúde pública, com os delegados de saúde nos distritos e os subdelegados de saúde nos concelhos. No mesmo ano, assistiu-se à criação do Instituto Central de Higiene e à criação do ensino de saúde pública em Portugal. No entanto, o direito à assistência pública só foi incluído na Constituição de 1911.

A criação das casas do povo ocorre em 1933, ano em que a autorização da sua constituição se faz com a publicação do Decreto-lei n.º23051, de 22 de Setembro. Foi após a sua criação que os serviços de saúde ganharam uma nova dinâmica. Em 1941, foi criado o Estatuto da Saúde e Assistência, a Direcção Geral da Assistência e, ainda, a Inspeção-Geral da Assistência. Foi neste contexto que em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, uma vez que os cuidados de saúde eram fundamentalmente prestados por serviços e instituições particulares, que coexistiam com as oficiais e semi-oficiais, mas sem coordenação eficaz por parte da tutela.

E dez anos após, a Lei n.º 2120/1963, de 19 de Julho, introduziu algumas orientações nos serviços de saúde e foram desenvolvidos grandes institutos, designadamente a saúde materna e infantil, luta anti-tuberculose e psiquiatria.

Na década de 70, os indicadores socioeconómicos e de saúde eram desfavoráveis na Europa ocidental, assolada pela crise do petróleo. O financiamento do serviço de saúde português era, então, de cerca de 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB). É nesta condição de subdesenvolvimento que o país entrou que foram efectuadas grandes transformações internas, num contexto internacional difícil (OPSS, 2003). Apesar de conturbada, devido a diversas transformações na sociedade portuguesa, foi nesta década que se instituíram as maiores reformas do Sistema de Saúde Português.

A reforma dos CSP em Portugal começou em 1971, através da promulgação do Decreto-Lei n.º 413/1971, de 27 de Setembro, que criou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, também conhecida como a reforma de 'Gonçalves Ferreira', com a criação dos Centros de Saúde (CS) de primeira geração, que desenvolviam actividades tais como, a vacinação, a vigilância da

saúde da mulher, da grávida e da criança, a saúde escolar e ambiental, ligados ao que se entendia por saúde pública (Branco & Ramos, 2001).

O Decreto acima referido reorganizou os serviços de saúde em Portugal e considerou as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença como sendo prioritárias. Este diploma consagrou o direito à saúde, que passou a ser considerada como um bem a atingir e preservar (DGS, 1997).

Reconhecia-se, pela primeira vez, o direito à saúde a todos os cidadãos. O Estado passou a ser responsável pela política de saúde e pela sua execução, considerando como prioritárias as actividades de Promoção da saúde e Prevenção da doença. Neste contexto, Portugal antecipou-se à Alma-Ata, com a criação de CS em quase todos os concelhos com actividade predominante na saúde da mãe e da criança.

A saúde, antes do 25 de Abril, de 1974, integrava vários organismos sobrepostos, onde as Misericórdias ocupavam um lugar de destaque na saúde, uma vez que geriam grande parte das instituições hospitalares, localizadas principalmente nos grandes centros urbanos e outros serviços de saúde em todo o país. Por sua vez, os Serviços Médico-Sociais prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência. Os serviços de Saúde Pública encontravam-se essencialmente vocacionados para a protecção da saúde, ficando os serviços de saúde privados para os estratos socioeconómicos mais elevados (OPSS, 2001).

Em 1974, o programa do Movimento das Forças Armadas, preconizou a criação de um Serviço Nacional de Saúde, e em 1976 a Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64º, consagrou o direito à saúde e o dever de a defender e promover (OPSS, 2003).

De acordo com a WHO (2008), o descontentamento social devido à falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde levou à criação Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁶, financiado por impostos e complementado por subsistemas de saúde público e privados, seguro público, seguros privados e por pagamentos directos. Este foi implementado entre 1979 e 1983 e organizado com base nos princípios dos CSP, orientados para a pessoa numa perspectiva de continuidade e integração.

Para aceder ao mesmo, os utentes tinham de se inscrever num centro de saúde, na lista de um médico de família, que era o elo de ligação com o serviço. Esta rede foi o maior sucesso em Portugal, a nível da melhoria no acesso e também em ganhos em saúde (Idem).

Em 1983 implementaram-se os CS da segunda geração caracterizados por uma integração essencialmente administrativa. Nesta fase foram integrados os serviços médico-sociais das caixas de previdência. A maior alteração verificada neste modelo foi a criação da carreira médica de clínica geral. Conseguiu-se com esta geração, uma maior racionalização e optimização dos recursos. No entanto, não se verificaram ganhos ao nível da acessibilidade e das consultas ao

⁶ O Sistema de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira prestação de todas e de algumas daquelas actividades.

domicílio. Este modelo revelou-se desajustado às necessidades e às expectativas dos utentes e das comunidades (Branco & Ramos, 2001).

O SNS, devido à conjuntura em que foi criado evidenciava algumas fragilidades, tais como, débil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados, dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (consultas e cirurgias com enormes listas de espera) (OPSS, 2003).

Nesta conjuntura, a Lei n.º48/1990, de 24 de Agosto, criou a Lei de Bases da Saúde. A mesma estabeleceu a protecção da saúde não apenas como um direito, mas também como uma responsabilidade partilhada entre o Estado, a sociedade e o indivíduo. Esta lei veio regulamentar o estatuto do Serviço Nacional de Saúde (OPSS, 2003).

No ano seguinte, a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral criou o livro azul, que compilou as principais tendências nacionais e internacionais, para o desenvolvimento dos CSP.

Dois anos após, era aprovado o estatuto do SNS e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) passaram a fazer a coordenação entre os hospitais e os CS. Três anos após, o Decreto-Lei n.º11/1993, de 15 de Janeiro, aprovou um novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 74-c/1994 de 2 de Março criou a Direcção Geral dos CSP e suspendeu os serviços Médico-Sociais da Previdência, marcando a expansão do SNS. No ano seguinte, foi criado o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde, através do Decreto-Lei n.º 198/1995 de 29 de Julho.

Em 1996 surgiu dentro do Ministério da Saúde o debate acerca do futuro dos CSP e dos CS. Os projectos “Alfa” iniciados em 1996 e 1997 permitiram impulsionar o SNS, desburocratizando um conjunto de inovações ao nível de ideias e iniciativas, que se estavam a desenvolver no terreno. Nesta fase iniciou-se, também, o debate acerca da descentralização interna dos CS, de modo a articular autonomia com responsabilidade, num ambiente de rigor e de confiança (OPSS, 2003).

O Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de Maio, estabeleceu um novo regime de criação, organização e funcionamento dos CS de terceira geração, que visavam organizar a assistência, em unidades operativas com missões complementares. Estes CS pretendiam demonstrar que não se poderia continuar com um modelo de gestão centralizada topo-base, mas com um modelo de gestão descentralizado. Os mesmos encontravam-se orientados para os utentes e para a comunidade, em pequenas unidades multidisciplinares. Estas permitiriam melhorar o conhecimento e a intervenção no terreno, de modo a reduzir as desigualdades e a ir de encontro às necessidades (Branco & Ramos, 2001). No entanto, apesar de terem sido desenvolvidas estratégias para a sua implementação, os CS da terceira geração não saíram do papel devido a resistências por parte das Sub-Regiões de Saúde (SRS), uma vez que, o seu poder seria transferido para os CS e estes passariam a ter autonomia financeira e administrativa (OPSS, 2008).

Face ao exposto concluiu-se que reforma dos CS assentou numa sucessão de propostas invulgares e não fundamentadas, sem instrumentos técnicos conhecidos, sem apoio das

organizações profissionais e dos meios académicos qualificados. Estas foram seguindo as motivações e as cores políticas (OPSS, 2004).

Devido às razões apresentadas foi criado em 1999 o Observatório Português dos Sistemas de Saúde⁷ (OPSS), com base numa rede nacional de investigadores independentes em parcerias com várias instituições académicas. Um dos seus trabalhos seriam efectuar uma análise imparcial das políticas associadas ao sistema de saúde. Como resultado dessa análise o referido observatório produz anualmente um relatório, denominado Relatório Primavera, cujo objectivo principal é dar a conhecer a realidade do sistema de saúde Português, as suas políticas e os respectivos resultados. O mesmo teve por finalidade auxiliar a comunicação entre os profissionais de modo a promover políticas de saúde mais efectivas para fazer face aos novos desafios metodológicos. A falta de conhecimento preciso e detalhado sobre os princípios determinantes da evolução do sistema de saúde Português, suportado por evidências objectivas, tem sido uma das principais barreiras denotadas pelos investigadores do referido observatório (OPSS, 2001).

No ano 2000, a saúde passou a ser uma prioridade política e o sector viu assim reforçado o seu financiamento. Mas uma reforma, não se faz apenas com financiamento e alteração de modelos de gestão das unidades prestadoras de serviços. Apesar de já se ter percebido a necessidade de colocar o cidadão no centro do seu próprio sistema de saúde, desenvolvendo para esse fim o direito à informação, o direito de escolha, o acesso, o direito de reclamação, o direito de participação e de representação, verifica-se que o problema reside na diferença entre os discursos e a prática (OPSS, 2008).

No mesmo sentido, o Relatório Primavera 2002 salienta a importância ‘*Empowerment*’ do cidadão, com objectivo de se construir uma cidadania participativa, o direito à informação, participação e satisfação, dar possibilidade de escolha e de reclamação ao cidadão sem que este seja alvo de penalizações (OPSS, 2002).

No mesmo ano, o relatório da Inspecção-Geral de Saúde relativamente ao “Atendimento e Humanização” destacou os seguintes resultados: *“inexistência de cultura de trabalho em equipas multidisciplinares de saúde, deficiente sistema de marcação e gestão de consultas, o número de médicos de família é insuficiente para responder satisfatoriamente às necessidades dos utentes, carência de enfermeiros, o número de administrativos não possibilita um apoio organizacional mais eficaz para além de muitos apresentarem carências ao nível da formação profissional”* (OPSS, 2003, p.71).

Neste contexto, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, criou a rede de CSP, definindo os serviços e entidades nele integrados, assim como os órgãos, serviços e competências dos CS com gestão pública. No mesmo ano, o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, estabeleceu o

⁷ “O OPSS assume como compromisso a procura de um contributo para o benefício público reforçando princípios de solidariedade, equidade, eficiência, qualidade e transparência” e analisa anualmente de forma rigorosa a dinâmica das políticas de saúde (OPSS, 2009).

regime das taxas moderadoras, no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do serviço nacional de saúde, reforçando o princípio de justiça social no sistema nacional de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 reforçou os desenvolvimentos constituindo-se num 'fio condutor' de orientações para que as instituições e organizações do sector da saúde pudessem contribuir para a obtenção de ganhos em saúde orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença. Centrado em valores como a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana e a solidariedade, este plano estabeleceu as seguintes orientações estratégicas e intervenções necessárias na rede de CSP:

- Participação dos utentes na vida dos centros de saúde;
- Modelos mais empresariais de gestão;
- Informação para apoio à tomada de decisão;
- Organização apoiada em pequenas unidades de medicina familiar (MS, 2004).

Na saúde em Portugal têm sido elaborados vários programas e revisões que não chegam a sair do papel e por isso há uma necessidade de harmonizar e concentrar programas e de integrar intervenções. Neste sentido o Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, revoga o Decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede nacional de CSP e repristina o Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS.

No mesmo ano verificou-se uma profunda reforma nos CSP, cuja génese assentou em melhores cuidados de saúde para os utentes, melhores recompensas aos profissionais pelas boas práticas e maior contenção de custos para os financiadores (MS, 2008). Mas, de facto, há que não descuidar que para assegurar o êxito da reforma dos CSP foi necessária uma mobilização de recursos financeiros (OPSS, 2006).

Os CSP são a primeira e a principal forma de contacto dos cidadãos com os sistemas de saúde. Os mesmos são considerados a base de todo o sistema de saúde, empenhando-se num conjunto de princípios a seguir, ao nível da orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação, tudo isto, essencial para um melhor nível de funcionamento do sistema (OPSS, 2008).

Neste sentido é essencial, investir nos CSP a nível de recursos humanos, infra-estruturas, educação e formação, investigação e melhoria da qualidade. Só com este investimento será possível a resposta adequada aos problemas de saúde da população (Idem).

O programa da XVII Governo Constitucional, no âmbito da saúde, assumiu a reforma dos CSP⁸, como um factor de modernização. Assim, é prevista a criação de instrumentos legais e

⁸ Os Cuidados de Saúde Primários são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades, nos termos da Base XIII da Lei de Bases da Saúde.

operacionais que visam recentrar o Sistema Português de Saúde nos CSP e no desenvolvimento de uma matriz organizacional que conduz à reconfiguração dos CS, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhor acessibilidade. Refere ainda que os CSP são a base do sistema de saúde e que os CS são as entidades que enquadram as Unidades de Saúde Familiar (USF) (Pisco, 2007).

Estas unidades surgiram no contexto de algumas vozes que ergueram no sentido de que “*a estrutura organizacional dos CS deveria assentar em pequenas unidades operacionais, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próximos do cidadão*” (Campos, 2005, p.3). Neste sentido, as USF visam a modernização da medicina geral e familiar do SNS, e vão de encontro à tendência internacional de se passar de uma prática a solo para uma prática em grupo (Branco & Ramos, 2001).

A reorganização dos CS levou à criação das USF, que detêm autonomia funcional e técnica, num âmbito de contratualização interna. Estas visam garantir a acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade. Nas USF, as funções de ‘gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo’ (Ministério da Saúde, 2006).

O processo de reorganização dos CSP de acordo com Pisco (2007) passou pelos seguintes passos:

- Constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- Introdução de um novo modelo de gestão;
- Instituição de governação clínica;
- Reorganização dos serviços de suporte e desactivação das sub-regiões de saúde.

Por sua vez, o plano estratégico 2007- 2009 a ‘Missão para os CSP’ estruturou-se em torno de três grandes eixos: O eixo I enfatizou a qualidade e mudança organizacional tendo em conta os seguintes factores como a: liderança e autonomia de gestão, melhoria da acessibilidade, gestão das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), avaliação e monitorização. Por sua vez, o eixo II focou-se ao nível da governação clínica e gestão do conhecimento, tendo em atenção: a governação clínica, gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais, e inovação e simplificação na prestação de cuidados. Por último, o eixo III teve em conta a sustentabilidade e o desenvolvimento, instrumentalizados através da acreditação dos serviços, da viabilidade financeira e da comunicação com os cidadãos e os profissionais.

No Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro assume-se que o Programa XVII Governo Constitucional reconheceu os CSP como o pilar central do sistema de saúde. Neste cenário os CS afirmam-se como primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, desempenhando um papel essencial na promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença, na adaptação funcional e ligação a outros serviços de modo a assegurar a continuidade de cuidados. O mesmo diploma estabeleceu a criação dos ACES, que são serviços

públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, agrupando um ou mais CS e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população, de uma determinada área geográfica. Os ACES integram várias unidades funcionais nomeadamente, as USF, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública (USP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Campos, Carneiro & Saturno 2010).

Com a reorganização dos CS e a criação dos ACES visou-se o aumento da qualidade dos serviços prestados e a maximização e racionalização dos recursos (Pisco, 2007). Os ACES permitem uma cobertura populacional entre os 50.000 e as 200.000 pessoas, proporcionando uma abordagem epidemiológica estruturada e economias de escala (Idem).

Porém, a problemática da sustentabilidade do SNS continua a colocar-se surgindo quase de forma recorrente nos discursos, sobretudo dos analistas. Neste sentido, o OPSS (2009) refere que para assegurar a sustentabilidade do sector da saúde, terá de se encontrar a forma de maximizar a realização dos objectivos do serviço de saúde sujeito a uma forte restrição orçamental. Estas medidas estão dependentes de opções políticas ao nível das prioridades a afectar no orçamento.

O relatório supracitado alerta ainda, para a necessidade de um maior envolvimento do cidadão no seu sistema de saúde e a implementação de estratégias de saúde mais próximas das realidades locais. Assumiu-se que a reforma dos CSP constitui uma necessidade de primeira ordem para a melhoria do SNS.

A reforma dos CSP avançava, mas era ainda necessário estimular a expansão das USF, desenvolvendo estratégias específicas para as áreas rurais, criar e consolidar as unidades funcionais que compõem os ACES, promovendo a autonomia de gestão e apoiar a integração de outros profissionais nos CSP, investir nos sistemas de informação, reduzir as desigualdades no acesso, incrementar a articulação com os hospitais e Rede Nacional de Cuidados Continuados de modo a assegurar a continuidade dos cuidados (OPSS, 2009).

No sentido do reforço dos CSP o PNS para 2011-2016 propõe-se intervir no desenvolvimento de actividade em estreita ligação com a carteira básica de serviços da USF. A problemática da qualidade merece também atenção neste PNS pelo que será retomada no ponto 2.3.

1.2.2- As Unidades de Saúde Familiar um Desafio à Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários

Em 1999 foram dados os primeiros passos jurídicos para a criação das USF com o Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de Maio, que estabeleceu o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem. Pese embora a ênfase discursiva do ponto de vista político, na reforma dos CSP a implementação das USF avançou de forma lenta.

Só em 2005 se reforçam as orientações tendo em vista a concretização efectiva de uma reforma, sobretudo no que se refere às USF. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro criava, na dependência directa do Ministério da saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP⁹), orientada para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das unidades de saúde familiar durante um período de 18 meses.

Entre 1999 e 2005 observa-se uma estagnação em termos de reforma dos cuidados primários, à semelhança com o que ocorreu na reforma dos CSP designadamente os CS da terceira geração. Evidentemente isto reflecte-se em muitos outros aspectos, na descontinuidade das metodologias de avaliação da qualidade desencadeadas, designadamente na aplicação do MoniQuor.

Basicamente é a partir de 2006 que se assiste à operacionalização das políticas de saúde, no que se refere às USF. Esta realidade é consubstanciada pelas principais actividades da MCSP, que de seguida se apresentam:

- No dia 1 de Março de 2006 foram abertas as candidaturas às USF no site da MCSP, em formato electrónico;
- No dia 12 de Abril, de 2006 foram apresentados os 'Indicadores de Desempenho das UFS' que permitiriam a monitorização, avaliação e contratualização das USF;
- Em 16 de Abril de 2006 foi publicado o Despacho n.º 9/2006 que aprovou o regulamento para o lançamento e implementação das USF;
- No dia 2 de Maio de 2006 foi publicado o 'Glossário das USF';
- No dia 11 de Maio de 2006 foi publicada a matriz dos indicadores, da responsabilidade das agências de contratualização, com a contratualização com as USF para os anos de 2006 e 2007;
- No dia 22 de Maio, de 2006 foi definida a metodologia de análise e dos critérios de avaliação das candidaturas da USF;
- No dia 29 de Maio, de 2006 foi divulgado o documento 'carteira de serviços das USF' que define a 'carteira básica de serviços' e eventuais 'carteiras adicionais' a serem contratualizadas anualmente;
- No dia 1 de Junho de 2006 foi divulgado o documento orientador da contratualização com as USF com o início de actividade até 30 de Setembro de 2006;

⁹ Extinta a 14 de Abril de 2010

- A 19 de Março de 2007 foram definidos os modelos de organização das USF. Sendo que a 'qualificação' de uma USF num determinado modelo resulta do seu grau de autonomia funcional, diferenciação do modelo retributivo e dos patamares de contratualização;
- No dia 24 de Março de 2007 foi aprovado pelo Conselho de Ministros, o Decreto-Lei que estabelece o regime jurídico da organização do funcionamento das USF com o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem no modelo B (OPSS, 2007, p.72-73).

Os primeiros dois anos da MCSP foram dedicados maioritariamente à constituição de USF. Esta criou os suportes legais de apoio, desenhou a metodologia de avaliação das candidaturas a USF (modelo A e B) e apoiou a sua implementação (OPSS, 2008).

Estas unidades de carácter elementar no âmbito da prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, assentam em equipas multiprofissionais, constituídas, por enfermeiros, por médicos e por pessoal administrativo. As actividades das USF desenvolvem-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integradas numa lógica de rede com outras unidades funcionais do ACES e / ou da Unidade Local de Saúde.

A população inscrita¹⁰ em cada USF poderá variar entre 4.000 e 18.000 utentes, tendo em conta as características geodemográficas da população abrangida e considerando o número de utentes e famílias por enfermeiro e médico. Salienta-se que cada médico terá em lista cerca de 1500 utentes.

A estrutura orgânica das USF é constituída pelo Coordenador da Equipa, o Conselho Técnico e o Conselho Geral. O Coordenador da Equipa é designado entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitados com o grau de consultor e com experiência mínima na especialidade de cinco anos¹¹. O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, constando o seu funcionamento do regulamento interno da USF. Cabe a este designar o conselho técnico constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de categoria mais elevada e de maior experiência profissional.

A metodologia de implementação das USF assenta em três fases: a primeira é a candidatura, na qual são apresentados os seguintes documentos (regulamento interno, plano de acção, manual de articulação e carta da qualidade); a segunda, a implementação ocorre durante o primeiro ano e culmina com a auto-avaliação e o relatório, finalmente, a terceira e última é a acreditação que ocorre entre o segundo e o terceiro ano que é o objectivo final do processo (MS, 2008).

A carteira básica dos serviços das USF¹² é de aplicação a todas as USF do SNS. Assim, em todos os modelos de USF existe um tronco comum um compromisso assistencial nuclear que constitui a carteira básica de serviços igual em tipo e qualidade. Contudo, cada USF pode ter uma carteira adicional de serviços que lhe irá conferir características específicas, pois serão criadas variações

¹⁰ Decreto-Lei n.º 298, de 22 de Agosto de 2007

¹¹ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, artigo 15.º

¹² CRF- Portaria n.º 1368/ 2007 de 18 de Outubro

de aspectos qualitativos, ao nível do número de cidadãos abrangidos, horários e serviços adicionais ou complementares. Esta carteira adicional de serviços é contratualizada com a Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS) e é revista anualmente.

Faz ainda parte da abertura da USF a elaboração da carta da qualidade¹³ que pode ser entregue até seis meses após a abertura da USF. A mesma deverá incluir o compromisso assistencial, a forma de atendimento, a garantia de liberdade de escolha aos cidadãos, o princípio da audição dos utentes, e os mecanismos de reclamação e a respectiva resposta.

Um factor relevante que está relacionado com a criação das USF é a introdução de sistemas de informação. Assim, cada USF tem um sistema de informação de apoio à prática clínica, médica e de enfermagem (Primavera, 2007).

Foi ainda estabelecido um quadro de competências, com o objectivo de organizar e controlar actividades de formação contínua, garantir o cumprimento de normas técnicas e procurar efectividade de práticas clínicas (MS, 2008).

O objectivo da USF é fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, mediante a realização de auditorias clínicas e de gestão do risco clínico e global. Assim, pretende-se promover as medidas de desempenho, a investigação e aprendizagem, tendo em vista a satisfação dos utentes e profissionais (Idem).

Em 2009, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CIESUC) realizou dois estudos, a pedido da então Missão para os Cuidados de Saúde Primários, com o intuito de conhecer o que pensam os utilizadores dos cuidados de saúde aí prestados e a satisfação dos profissionais em relação ao seu local e ambiente de trabalho (OPSS, 2009).

Neste estudo foram envolvidos utilizadores e profissionais das primeiras 146 USF criadas e verificou-se que a satisfação dos utilizadores situou-se nos 76,5% para a relação que têm com os médicos e enfermeiros, 74,5% para os cuidados médicos e 69,2% para a organização dos serviços. Relativamente aos profissionais a satisfação com a qualidade dos serviços prestados nas USF foi de 77,6%, a qualidade do local de trabalho atingiu de 72,2%, o desempenho destas unidades na melhoria da qualidade dos cuidados prestados foi de 81,1%, os vencimentos foram apenas de 48,6% e as instalações e equipamentos alcançaram 61,4%. Assim, verifica-se que o inquérito de satisfação dos profissionais e utilizadores das USF revelou resultados, de um modo geral, muito positivos.

Em Novembro de 2010, estavam em funcionamento 258 USF, 19 estavam aprovadas e a aguardar abertura e 95 encontravam-se em diversas fases de avaliação. De acordo com a MCSP estas USF resultaram num ganho de cobertura de 398,944 pessoas. Em termos geográficos, a implementação das USF tem-se desenvolvido mais no litoral do que no interior do país (OPSS, 2010).

¹³ Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto

De acordo com o grupo consultivo¹⁴ para a reforma dos CSP, em 2010, a situação actual das USF era caracterizada pelo seguinte conjunto de factores:

- Existia uma grande adesão por parte dos profissionais, o que revela o crescente número de candidaturas a novas USF. No entanto, só se concretizaram 58% destas candidaturas.
- Os benefícios da acessibilidade e qualidade ao nível da assistência levaram a que um número considerável de USF se candidatassem ao modelo B e foram criadas condições para o processo de acreditação.
- Verificou-se um afastamento crescente das equipas regionais de apoio (ERA), que estão progressivamente a ser mais identificadas com as ARS e menos com as equipas de missão.
- As USF iniciaram mais um ano de trabalho sem que a sua actividade tivesse sido previamente contratualizada.

A acreditação é a resposta necessária das Unidades de Saúde por um lado, para fazer face às exigências na contratualização da prestação de cuidados e, por outro, assegurar uma melhor prestação de cuidados aos cidadãos (DGS, 1997).

Foi neste sentido que a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) iniciou em 2003 a implementação do programa *Health Quality Service* (HQS) nos CS, obtendo a acreditação total em Julho de 2006. Os CS acreditados foram o Centro de Saúde de Leça da Palmeira (USF Leça e USF Lavra), o Centro de Saúde de Matosinhos (USF Atlântida e USF Horizonte), o Centro de Saúde de São Mamede e o Centro de Saúde da Senhora da Hora (Murojão, 2007).

No entanto, devemos referir que para além destas unidades de cuidados de saúde primários acreditadas verificamos que existem outras certificadas, de acordo com outro referencial normativo. Neste caso referimo-nos ao Centro de Saúde Norton de Matos de Coimbra e à USF de Vale de Âncora certificada em 2010, ambos certificados pela ISO 9001. No caso do coordenador da USF, esta norma foi a escolhida por ser a que se adaptava melhor à tipologia do serviço e à sua dimensão (Freixo, 2010).

Assim, face ao exposto evidenciam-se sinais de uma procura crescente na introdução de sistemas de gestão da qualidade nos serviços de saúde portugueses, suportados nos seguintes factores: a introdução de metodologias de acordo com práticas da qualidade, que por um lado, melhoram o desempenho dos serviços, e por outro, promovem a diminuição dos custos decorrentes da não qualidade. O reconhecimento de que uma organização prestadora de cuidados de saúde desempenha as suas funções de acordo com requisitos de qualidade internacionalmente reconhecidos, é uma mais-valia para a mesma, garantindo ao cliente uma maior confiança nos serviços prestados, uma maior motivação dos profissionais dado o reconhecimento social das boas práticas.

¹⁴ No dia 29 de Julho 2008 a Senhora Ministra da Saúde Dra. Ana Jorge deu posse ao Grupo Consultivo para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários criado pelo Despacho 20791/2008, de 8 Agosto. Os objectivos que presidiram à criação deste grupo são: desempenhar o papel de consultor dos decisores da reforma dos CSP e acompanhar e analisar a evolução da reforma dos CSP. O Grupo consultivo terá a incumbência de apresentar semestralmente um relatório de análise à Ministra da Saúde.

2- QUALIDADE

Nesta parte do trabalho pretende-se efectuar uma análise sobre a qualidade e, em especial a qualidade na saúde. Neste sentido começou-se por analisar a evolução e conceitos, abordou-se o planeamento da qualidade, a evolução dos referenciais normativos, a avaliação da satisfação dos cuidados de saúde em Portugal, a avaliação interna e externa e a qualidade na saúde. Identificam-se, finalmente, os principais modelos de gestão da qualidade implementados em Portugal ao nível dos CSP e as principais conquistas que com estes foram alcançadas.

2.1- Evolução e Conceitos

Quando se fala em qualidade, há algo que se torna evidente para todos e que é sucintamente aclarado pelas palavras de Baylina (2010, p.8) quando afirma que *“toda a gente é a favor de uma boa Qualidade e é contra a má Qualidade”*. Actualmente, os consumidores encontram-se cada vez mais atentos e informados acerca da qualidade dos produtos e serviços, o que os torna mais exigentes e selectivos. Além disso, as organizações produtoras dos bens e serviços encontram-se com uma dificuldade acrescida, pois garantir a qualidade é uma tarefa complexa, uma vez que, esta pode ser entendida pelos consumidores de maneiras diferentes, na medida em que depende das necessidades, exigências e expectativas individuais de cada um.

Face ao exposto, a qualidade não deve ser vista como um fim em si mesmo mas como um meio, e para tal a gestão da qualidade deve ser considerada como uma componente da gestão global da organização. Salienta-se também o papel que as organizações devem ter na aposta do potencial das pessoas, ao mesmo tempo que devem manter-se a par dos resultados de todas as actividades, através de uma estratégia orientada para os clientes e partes interessadas. Assim, a organização deve ter como alusão o seu lugar no mercado, à sua posição competitiva e orientar-se para uma melhoria contínua dos produtos/serviços, dos processos e das actividades como motores de sucesso (Idem).

Pese embora o consenso acerca dos benefícios dos sistemas de gestão da qualidade, ainda existe o mito de que é cara. No entanto, o que se verifica nas organizações onde ela é implementada é que os custos das actividades realizadas para evitar os defeitos são sempre inferiores aos custos da identificação e reparação dos mesmos. Neste sentido, afirma-se que a correcção é mais cara do que a prevenção. Em verdade, a adopção dos princípios da gestão da qualidade podem levar ao crescimento da qualidade e fiabilidade intrínseca dos produtos ou serviços e à diminuição do seu custo (Idem).

- **Definição de qualidade**

A qualidade é muitas vezes entendida como “excelente”, “extraordinário”, “muito bom”, “modo de ser”, “atributo”, o que torna evidente a forma subjectiva como é percebida. Esta também é muitas vezes entendida como “arte”. Por sua vez, a qualidade pode ser analisada segundo as suas características quer funcionais, quer técnicas. De uma forma geral o cliente, em função do seu conhecimento sobre o produto ou serviço, consegue facilmente perceber as características funcionais em detrimento das características técnicas. Isto faz com que a percepção da qualidade

de um produto ou serviço esteja também relacionada com a informação e conhecimento que o cliente possui, atributo deveras subjectivo quando analisado entre vários clientes.

Foram vários os especialistas que contribuíram para o conceito de qualidade, dos quais se destacam:

- Deming: “Qualidade é a natureza ou características de produtos ou serviços que reflectem a capacidade de satisfazer necessidades implícitas e explícitas” (Baylina, 2010, p.20). Definiu ainda, a qualidade como a “*conformidade com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas*” (Gomes, 2004, p.8). De acordo com o mesmo, 85% das falhas têm origem em insuficiências organizacionais e estruturais e só 15 % das situações têm causas específicas entre as quais se inclui o erro humano. Este especialista foi um dos principais dinamizadores do ciclo de melhoria contínua, o ciclo PDCA (PLAN, Do, CHECK, ACTION):

- ✓ Fase 1- PLAN (Planeamento), definem-se as metas modelo (itens de controlo), do processo analisado, estabelecendo-se os métodos para a sua execução;
- ✓ Fase 2- DO (Realização), treino dos envolvidos e execução efectiva das acções planeadas, ao mesmo tempo, as informações geradas no processo são registadas;
- ✓ Fase 3- CHECK (Verificação) tem como propósito comparar a execução com o planeamento, ou seja, verifica-se se as metas propostas foram ou não atingidas;
- ✓ Fase 4- ACTION (Actuação), se a verificação demonstrou que não foi possível atingir os resultados propostos, deve-se partir para o estudo de acções correctivas e a seguir retomar o PDCA, no entanto, se os resultados propostos foram obtidos deve-se padronizar o processo, assegurando-se a sua continuidade.

O método PDCA poderá ser utilizado para manter os resultados mas deverá ser sempre encarado como a metodologia de procura de um resultado melhor, através da conjugação de ciclos de manutenção e melhoria (Mariani, Pizzinatto, & Farah, 2005).

- Crosby: “Qualidade é a conformidade com os requisitos” ou seja, produção com “defeitos zero”(Mezono, 2001, p.72; Gomes, 2004, p.13);

- Juran: “Qualidade é adequação ao uso”. Este autor aproximou o conceito de qualidade à expectativa do cliente, ou seja, à forma como o cliente percepção a qualidade do produto ou serviço (Scucuglia, 2001; Gomes, 2004, p.11);

Juran e Deming - afirmaram, que limitando a qualidade à “conformidade”, não haveria espaço para a inovação (Mezono, 2001, p.72);

- Feigenbaum: “Qualidade em produtos e serviços pode ser definida como a combinação de produtos e serviços referentes a marketing, engenharia, produção e manutenção, através dos quais produtos e serviços em uso corresponderão às expectativas dos clientes” (Scucuglia, 2001, ¶ 4);

Feigenbaum e Juran - partilharam a mesma linha de pensamento, no sentido que acreditavam no poder do modelo de custos da qualidade, defendendo que se deveria criar um modelo organizacional de suporte à gestão da qualidade (Gomes, 2004);

- Ishikawa: estabeleceu um método de causa-efeito para a resolução dos problemas da qualidade e desenvolveu ainda a ideia da criação de grupos de trabalho “círculos de qualidade”, com o intuito de resolver no dia-a-dia os problemas da qualidade (Idem);

- Taguchi: evidenciou o efeito sistemático das falhas da qualidade e o efeito nocivo que a acumulação de pequenas falhas podem ter para a sociedade. (Baylina, 2010; Gomes, 2004; Mezono, 2001; Segundo Scucuglia, (2001) este especialista focalizava a qualidade como um diferencial entre as empresas num único ponto, ‘o pós-venda’, que é quando o consumidor contacta directamente com o produto ou serviço.

- Sarasohn: adoptou a teoria da qualidade às organizações que optaram pela qualidade como estratégia de orientação. As organizações que escolheram a sua teoria pretendiam obter um sucesso sustentável através da optimização de recursos, de modo a satisfazer os interesses de todas as partes, ao menor custo. De acordo com este autor, “*a qualidade do produto não é um objectivo, mas o meio através do qual se atinge o objectivo*” (Foley, 2010, pp.7-8).

As diversas definições e conceitos de qualidade convergem no sentido da importância da satisfação do cliente ou do consumidor de bens e serviços. Assim, a qualidade dota a organização de ganhos internos e externos. Os primeiros estão relacionados com um ambiente organizacional positivo, através da redução de custos e desperdícios, aumentos de produtividade, eficiência, eficácia e responsabilidade pessoal. Por sua vez, os ganhos externos verificam-se através de aumentos de credibilidade, satisfação do cliente, lucros, participação no mercado, oportunidade de novos investimentos e melhores serviços para a comunidade (Reis, 2005).

Baseando-se nestas definições, torna-se evidente que o planeamento da qualidade contempla todas as actividades necessárias à sua obtenção, à prevenção dos problemas à concretização da melhoria e à satisfação do cliente com o menor custo para a organização. A sua utilização, de forma intrínseca, é uma maneira de demonstrar a pro-actividade da organização. Na conjuntura actual o planeamento é a função condicionante da gestão das unidades de saúde dadas as exigências impostas no processo de contratualização dos serviços (contratos-programa, planos estratégicos a médio e longo prazo, entre outros).

- **Planeamento da qualidade**

Já se referiu anteriormente que para a definição do conceito de qualidade contribuíram vários especialistas. Assim, ficou assente que o planeamento da qualidade, para além dos produtos e serviços da organização, contempla as actividades essenciais à sua aquisição, à prevenção dos problemas, à concretização da melhoria contínua e à satisfação dos clientes, sempre tendo em consideração o menor custo para a organização. Deste modo, o planeamento abrange inúmeras actividades num sistema organizacional (Baylina, 2010).

Face ao exposto, iremos realizar uma análise das definições que nos são fornecidas por três referenciais normativos e documentação de suporte, nomeadamente:

- **NP EN ISO 9000:2005 – “Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário”**

A presente norma substitui a NP EN ISO 9000:2000. A definição de Planeamento da Qualidade segundo a ISO é a, parte da gestão da qualidade que visa o estabelecimento de objectivos da qualidade, a especificação dos processos operacionais e dos recursos relacionados, essenciais para alcançar esses objectivos. O planeamento da qualidade contempla ainda, para além do planeamento estratégico, um planeamento de gestão e operacional. Os processos são orientados para a implementação de sistemas de qualidade e para o planeamento de todas as actividades necessárias à concepção/desenvolvimento, implementação e gestão de um sistema de qualidade.

É ainda considerado que o planeamento da qualidade abrangerá a elaboração de planos de qualidade como elementos auxiliares da acção, uma vez que permitem uma visualização rápida e clara das actividades desenvolvidas e estabelece as práticas, os meios e a sequência dessas actividades. O planeamento da qualidade deve considerar as acções desenvolvidas de modo a aumentar a eficácia e a eficiência das actividades e dos processos. Tais actividades podem contemplar, entre outras, a revisão do sistema, a realização de auditorias, a tomada de acções correctivas e preventivas (Baylina, 2010).

- **ISO 10005: 1994 – “Quality Management – Guidelines for quality plans”**

Esta norma define as linhas condutoras na elaboração dos planos da qualidade e faculta alguns exemplos práticos. Define ainda circuitos de responsabilidade ao nível da elaboração, revisão e aprovação de documentos associados a considerar num plano de qualidade. Assim, e de acordo com esta norma, o plano da qualidade completa requisitos específicos de um produto ou serviço, projecto ou contrato, podendo ser utilizado para actividades de avaliação de cumprimento de requisitos. Grande parte da informação necessária à elaboração dos planos da qualidade encontra-se nos documentos do sistema de gestão.

Face ao exposto evidencia-se a necessidade do planeamento da qualidade ser claro, breve e inequívoco quanto ao seu conteúdo, a sua elaboração deve ser efectuada de acordo com todas as partes interessadas, e deverá ser sujeito de forma sistemática à verificação da sua adequabilidade, caso se verifiquem alterações nos pressupostos que estiveram na base da sua definição. As revisões devem seguir as orientações estabelecidas para a sua preparação, verificação e aprovação. Os planos da qualidade podem ser utilizados em qualquer processo da organização, salientando-se as actividades associadas ao controlo da qualidade, actividades de controlo de processos e de inspecção e ensaio contempladas no planeamento operacional.

- **NP EN ISO 9001:2008 – “Requisitos de Sistemas de Gestão de Qualidade”**

A partir da revisão da série ISO 9000 em 2000, a função Planeamento foi ainda alargada a mais actividades ou processos, conforme se pode constatar na versão actual. O planeamento da

qualidade encontra-se agora ligado aos objectivos da qualidade e potenciais alterações, dos sistemas de gestão da qualidade. Para tornar possível o seu desenvolvimento dentro das organizações devem ser identificadas as ferramentas de planeamento a utilizar e o momento da sua aplicação, bem como, definir a metodologia de avaliação dos resultados para introduzir as alterações que se considerem necessárias (replanificação). A função de planeamento numa organização deverá ser desdobrada ao longo de todos os níveis organizacionais, contemplando todas as actividades desencadeadas desde a concepção e desenvolvimento do produto ou serviço até à sua disponibilização e assistência pós-venda. Mais, qualquer actividade desenvolvida ao nível operacional deverá reflectir, de forma intrínseca, os objectivos da qualidade delineados ao nível estratégico (Baylina, 2010)

- **Planeamento estratégico**

Contempla o planeamento da gestão global da organização que leva à solidificação e aperfeiçoamento da actividade. Este fomenta o planeamento de acções mais detalhadas ao nível da gestão e ao nível operacional. Assim, a este nível de planeamento a organização, deve identificar os objectivos, bem como, definir as acções necessárias à sua consecução, atendendo ainda à contínua satisfação dos clientes e à sobrevivência e lucro da organização. Neste sentido, devem ser ponderadas informações e dados relacionados com três tipos de factores, que permitem decidir de forma adequada qual o planeamento estratégico mais apropriado: o presente (o que a organização é), o meio envolvente (as exigências que são colocadas à organização) e o futuro (o que a organização quer ser) [Idem].

Salienta-se que o planeamento estratégico reflecte-se a nível do planeamento tático e operacional. Por isso, este deve ser acompanhado periodicamente, no decurso do desenvolvimento das suas actividades, e deve ser revisto quando se alteram os pressupostos que fomentaram a sua elaboração (Idem).

O planeamento estratégico é definido como um processo a partir do qual se definem quais os serviços, ou serviços que a organização desenvolve, quais os seguimentos de mercado que pretende alcançar e qual a sua área geográfica de actuação (Mercal, s.d.).

- **Planeamento de gestão**

O planeamento de gestão também denominado “*planeamento do sistema*” ou “*planeamento tático*” abrange todas as actividades de planeamento ao nível da manutenção, melhoria e desenvolvimento do sistema da qualidade da organização. “O *Planeamento de Gestão é normalmente, desencadeado ou influenciado pelo planeamento estratégico e desencadeia ou influencia, por sua vez, acções de planeamento operacional*” (Baylina, 2010, p.38).

- **Planeamento Operacional**

Este nível de planeamento está interligado com as actividades que a executar, no momento da execução do produto ou prestação do serviço. Este tipo de planeamento tem de ser constantemente examinado de modo a ir de encontro às necessidades e requisitos da organização, dos clientes, dos recursos disponíveis, do desempenho dos colaboradores e dos

fornecedores. Deve-se salientar que o planeamento deverá ser revisto, sempre que se verificar alterações dos produtos e serviços existentes, bem como nos seguintes casos: de diminuição de confiança dos fornecedores ou do próprio processo, de novos requisitos, de novos processos de produção, da alteração das condições ambientais, entre outros (Baylina, 2010).

Este tipo de planeamento cria condições propícias para a realização dos trabalhos diários da organização, ou seja, coloca em prática, as metas e objectivos definidos pelo planeamento estratégico (Lopes, 2010).

- **Controlo da Qualidade**

O controlo da qualidade é o processo de confrontação entre o desempenho actual e os padrões previamente definidos, com o intuito de aplicar medidas correctivas se eventualmente, se revelarem necessárias. Este controlo tem como principal finalidade evitar erros, de modo a prevenir-se futuras correcções (Universidade da Madeira, 2008).

- **Garantia da Qualidade**

A importância que a garantia da qualidade tem vindo a adoptar vem colocá-la como parte integrante da gestão da organização. Desta situação resultou a aplicação da palavra gestão ligada à qualidade. Assim, desenvolver produtos ou serviços com qualidade tornou-se uma função intrínseca da organização. Neste contexto, a qualidade apresenta-se como a razão de ser da organização pois, por um lado, a qualidade do produto final pode ser afectado por muitas pessoas e funções, e por outro, o modo como o consumidor percebe a qualidade é influenciado por muitos factores. Face ao exposto é necessário que *“a qualidade intervenha em todo o ciclo do produto e envolva todas as pessoas, é ainda necessário criar uma cultura que não só o permita mas que o incentive”* (Baylina, 2010, p.14). A gestão da qualidade deve ser considerada como uma componente da gestão global, para tal é essencial definir objectivos e controlá-los, tal como é feito em outras áreas. As actividades da Garantia da Qualidade não controlam a qualidade, servem antes para estabelecer a extensão até onde a qualidade deve ser controlada. Na sua essência, as actividades da Garantia da Qualidade têm por objectivo construir confiança nos resultados obtidos.

A garantia da qualidade é um fim porque garante a qualidade de um produto final, a sua actuação é de base departamental, por sua vez, a gestão da qualidade é mais abrangente pois alcança a gestão de tudo.

- **Sistema de Gestão da Qualidade, a Certificação e a Acreditação**

Ter um sistema de gestão da qualidade não obriga ao reconhecimento externo, seja ele a certificação, seja ele a acreditação.

A definição de sistema de gestão da qualidade pode ser dada como *“a estrutura da organização, responsabilidade, actividade, recursos e acontecimentos que em conjunto proporcionam procedimentos e métodos organizados de implementação, de modo a garantir a capacidade da organização em satisfazer os requisitos da qualidade dos clientes”* (Baylina, 2010, p.123). Um

sistema da qualidade proporciona a forma de avaliar, documentar o que fazemos e comprovar através de registos o que foi feito, de modo a demonstrar se o fizemos bem ou não.

Algumas das normas, entre elas as ISO 9000 determinam as exigências mínimas, sobre as quais os sistemas de qualidade devem ser alicerçados. Um sistema de qualidade planifica a forma como a organização desenvolve as suas actividades e poderá aplicar-se a qualquer organização. Para a sua implementação é necessário documentar a forma de executar as actividades de acordo com as melhores práticas. Este deve ainda ser regularmente examinado e aperfeiçoado, de modo a assegurar a sua adequabilidade e eficácia. Para tal devem ser determinadas responsabilidades internas pela implementação, manutenção e melhoria do sistema (Idem).

As etapas para a implementação de um sistema da qualidade podem ser definidas como: 1.º diagnóstico - avaliar as necessidades da organização em implementar um sistema de garantia da qualidade, 2.º mobilização - garantir o comprometimento da gestão de topo da organização e o envolvimento dos colaboradores, 3.º planeamento - desde a concepção e desenvolvimento do modelo à sua implementação, 4.º desenho – concepção e desenho do sistema a implementar, 5.º implementar – implementação do sistema de acordo com o planeado, e finalmente 6.º monitorizar e melhorar - identificar e proceder à monitorização ao longo de todo o processo assim como à sua melhoria.

O documento orientador do Sistema da Qualidade é o manual da qualidade. Neste devem constar a política e os procedimentos escolhidos na organização de modo a cumprir as condições aplicáveis. A análise do manual da qualidade constitui um ponto essencial em qualquer avaliação do sistema.

De qualquer forma uma organização pode ter um sistema de gestão da qualidade, baseada em pressupostos internos, em normas devidamente criadas para o efeito – como a ISO 9001:2008, em diplomas legais e outros, ou numa conjugação de todos. Independentemente da forma como se cria o referido sistema, este tem como intuito garantir que a organização está preparada para, em qualquer fase, ir ao encontro dos requisitos dos clientes e partes interessadas. Em termos internos a implementação de um sistema de gestão da qualidade é, na realidade, uma forma da organização promover a sua cultura de acordo com os seus valores, a sua missão e a sua visão.

Por sua vez, a certificação da qualidade *“é um procedimento pelo qual uma terceira parte, independente, dá uma garantia escrita de que um sistema, produto, processo ou serviço está conforme exigências específicas”* (Anónimo, 2002, p. 42). Menciona ainda, que a certificação do sistema de qualidade é o tipo de certificação mais popular nos serviços de saúde. As actividades de certificação podem abranger, entre outros, a certificação de sistemas de gestão da qualidade, sistemas de gestão ambiental, sistemas de saúde e segurança no trabalho, sistemas específicos de sectores de actividade, e ainda associadas a produtos, serviços, processos ou pessoas. Face à globalização dos mercados e aos desafios com que as organizações actualmente se deparam, a certificação pode ser vista como uma forma de tornar a organização mais competitiva. Neste contexto, a certificação de sistemas de gestão da qualidade é cada vez mais usada como o meio da organização provar a sua capacidade para satisfazer os requisitos estabelecidos, sendo um

utensílio de garantia da execução das necessidades do cliente e uma condição essencial na racionalização da estrutura organizativa. A certificação atesta a modificação de posturas, de procedimentos e estilos de gestão, conduzindo à implementação de ciclos sistemáticos de melhoria, que constituem o primeiro passo para a qualidade total (Baylina, 2010).

De acordo com a autora supracitada (p.131) os benefícios para a organização decorrentes da certificação são entre outros:

- *“A avaliação contínua da implementação da adequabilidade e eficácia do sistema da qualidade por técnicos independentes, o que contribui para assegurar a qualidade e fomentar a melhoria contínua;*
- *O conhecimento intrínseco da organização, em termos de estrutura, processos e resultados;*
- *Melhoria da imagem e posição negocial da organização, potenciando o acesso a mercados e a clientes mais exigentes;*
- *Redução do número de auditorias de clientes”.*

Por sua vez a acreditação, de acordo com o Instituto Português da Acreditação (IPAC), é o processo de avaliação e reconhecimento de competências técnicas, de acordo com as normas internacionais para executar determinadas actividades. A acreditação permite descentralizar actividades de avaliação de conformidade para agentes e operadores privados e públicos de confiança. Esta regula as conformidades, delega competências, exigindo rigor técnico e qualidade na competição entre os operadores (IPAC, 2009). De acordo com Lima (s.d.) a acreditação é o método de avaliação voluntário e periódico, dos recursos organizacionais, que visa garantir a qualidade aplicando normas previamente definidas.

Em Portugal a acreditação da qualidade na saúde, mais especificamente no sector da prestação de cuidados de saúde primários e diferenciados (acreditação hospitalar CS e outros prestadores de cuidados primários) não faz parte do Sistema Português da Qualidade, não sendo por isso “conduzido” pelo IPAC. Isto significa que todo o processo está, até à data, a ser validado por entidades externas, como a CHKS – Reino Unido – com o modelo de acreditação de hospitais da ‘King’s Fund’, a ‘Joint Commission International’ (JCI), - Estados Unidos da América – com o seu modelo de acreditação de hospitais e a ‘Agencia de Calidad Sanitária da Andaluzia’ (ACSA) – Espanha – com o seu programa de acreditação de centros do sistema sanitário ou de gestão clínica.

• **A Avaliação**

As organizações têm vindo a implementar mecanismos de auto-avaliação e de avaliação externa, que lhes permitam aferir internamente a qualidade do serviço prestado e externamente obter reconhecimento. Assim, têm sido desenvolvidos mecanismos suportados em padrões que simplificam e sistematizam o processo de avaliação das unidades prestadoras de cuidados de saúde. Em todos estes modelos criados para a promoção da melhoria da qualidade é

condicionante o processo de avaliação. Para tal destaca-se o processo de auditoria, implícito no processo de implementação de sistemas de gestão da qualidade de acordo com a série ISO 9000, o modelo Baldrige¹⁵ (Estados Unidos da América), o modelo EFQM (Modelo da qualidade total) e o sistema Peer Review¹⁶.

O conceito de auditoria está relacionado com o processo de avaliação. De acordo com a norma ISO 9000:2000, auditoria é um 'processo sistemático independente e documentado, realizado com o propósito de obter evidência de auditoria e avaliar a mesma, de forma objectiva para determinar o cumprimento das políticas, procedimentos ou requisitos utilizados como referência'. São intervenientes no processo de auditoria: o cliente (pessoa ou organização que requer a auditoria), o auditado (a entidade que é alvo de auditoria) e o auditor (indivíduo ou conjunto de indivíduos que efectua a auditoria. São requeridos atributos pessoais e profissionais adequados à função a desempenhar). Os objectivos de cada auditoria são definidos pelo cliente (devendo ser estabelecidos para cada situação particular) e pelos critérios de auditoria (Baylina, 2010).

O processo de auditoria é composto por diversas fases que passamos a enunciar de uma forma geral: programação das auditorias - selecção da equipa auditora, definição da data/hora e local; preparação das auditorias - plano de auditoria, selecção de intervenientes; realização da auditoria - reunião de abertura, recolha de constatações, listas de comprovação, relatório da auditoria, reunião de encerramento/ conclusão; e finalmente apresentação do relatório à entidade externa responsável pelo processo de auditoria, caso se trate de uma auditoria externa. Após este processo a organização auditada deverá proceder à elaboração do plano de acções correctivas (para a não-conformidades) e preventiva de modo a responder às necessidades identificadas no processo de auditoria e compiladas no relatório de auditoria (Idem).

As auditorias internas e externas associadas aos sistemas de gestão da qualidade são realizadas por processos sendo verificada a aplicação da metodologia PDCA, os processos definidos e a sua eficácia no cumprimento dos resultados aplicáveis ao sistema de gestão da qualidade e aos produtos ou serviços.

O mesmo acontece nos modelos desenvolvidos especificamente para a saúde, dos quais se destacam, as normas 'King's Fund' e 'Joint Commission International', utilizadas

¹⁵ O Programa 'Baldrige' instrui as organizações na gestão de excelência de desempenho. O mesmo, auxilia as organizações a obter resultados, a identificar e reconhecer as organizações e a assimilar e partilhar as melhores práticas de gestão, princípios e estratégias. Este modelo faculta às organizações um quadro de gestão integrada, instrumentos de avaliação de modo a determinar os esforços de melhoria, relatórios elaborados por uma equipa de peritos que destacam os pontos fortes e as oportunidades de melhoria (Baldrige Performance Excellence Program, 2011).

¹⁶ O sistema já foi definido como "uma negociação entre um autor e uma publicação acerca do âmbito de conhecimento que finalmente surgirão impressas" ou como "uma avaliação, por peritos, da qualidade e pertinência da investigação de outros peritos do mesmo campo". O sistema, também chamado de arbitragem científica, é considerado um dos pilares fundamentais da ciência" (Moraes, Rocha & Chamon, 2010, ¶ 3).

internacionalmente na acreditação dos hospitais, assim como, o modelo MoniQuOr¹⁷ e o modelo ACSA (de aplicação aos cuidados primários e diferenciados), utilizados na avaliação da qualidade das unidades prestadores de CSP.

- **Melhoria da Qualidade**

Processo interdisciplinar desenhado para garantir que os padrões de implementação de acções preventivas e de correcção são atingidas no sentido de manter, restaurar e melhorar os resultados das organizações.

A melhoria da Qualidade é, por definição, *“a parte da gestão da Qualidade focada no aumento da eficácia e eficiência ou, de outro modo, é o conjunto de acções tomadas pela organização para incrementar a eficácia e eficiência das actividades e processos, de forma a adicionar benefícios à organização e, conseqüentemente, aos clientes e outras partes interessadas”* (LAS, 2007).

- **Qualidade total**

“A Gestão pela Qualidade Total não é um subsistema da gestão porque a qualidade está configurada em todos os subsistemas da organização definindo para cada um deles os seus próprios critérios da qualidade e criando uma relação de sinergia e interface entre eles” (Baylina, 2010, p.165). Refere ainda que, entre outros, os elementos chave da gestão da qualidade total traduzem-se pelo comprometimento responsabilidade e liderança da gestão do topo.

Esta cultura significa incorporar novos objectivos e novas filosofias de valores, reconcepção das funções, novas competências, menos “chefes” e mais líderes. Face ao exposto, a qualidade total, visa criar uma cultura organizacional num processo contínuo de melhoria da qualidade com a colaboração de todos. Todavia, isto só é possível através da mudança de atitude dos colaboradores e alteração das práticas. Deverão ser realizadas avaliações periódicas, no sentido de conhecer as condições que levam à satisfação dos colaboradores e clientes, essenciais numa filosofia de Gestão pela Qualidade Total.

Os benefícios da Qualidade Total levam a organização a satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes, a assegurar uma comunicação efectiva eliminando ou diminuindo barreiras entre as diversas áreas da organização, a melhorar continuamente todas as áreas da organização e os recursos disponíveis, a satisfazer os clientes internos, a desenvolver atitudes positivas por parte de todos os colaboradores com maior abrangência e rápido desenvolvimento de competências, a uma maior polivalência e aumento da auto-estima individual, a reduzir o desperdício, redução dos custos relacionados com a qualidade, a reduzir o absentismo e, por fim, a ser dirigida no sentido de se conseguir a realização de todo o potencial dos colaboradores (Idem).

Neste contexto destaca-se o modelo da excelência organizacional ‘European Foundation for Quality Management’ (EFQM), que visou facilitar a auto-avaliação da qualidade organizacional e

¹⁷ Desenvolvido em Portugal pela Direcção-geral de Saúde em conjunto com o IQS.

estabelecer a base de apreciação das candidaturas ao 'European Quality Award' (EQA) – Galardão Europeu da Qualidade. O mesmo teve por objectivo auxiliar a criação de organizações europeias mais fortes, através da aplicação dos princípios da Gestão da Qualidade Total (GQT). Este foi constituído por um conjunto de 5 critérios 'Factores' (como se faz) – liderança, política e estratégia, pessoas, parcerias e recursos, processos – e 4 critérios 'Resultados' (o que se alcança) – resultados dos clientes, das pessoas, da sociedade e resultados chave de desempenho. Cada critério foi ainda subdividido em vários subcritérios, num total de 32 para o conjunto do Modelo. A avaliação do desempenho foi realizada através da comparação da realidade da organização com o preconizado no Modelo. A pontuação final que estabelece o nível de Excelência em que se encontra a organização era resultado do conjunto de pontuações dos subcritérios (SOLVAY, 2011). De acordo com o IPQ (2009) o Prémio de Excelência do Sistema Português da Qualidade é anualmente distribuído, e fomenta o reconhecimento público das organizações Portuguesas, que se diferenciem pelos resultados alcançados através do uso dos métodos de Gestão da Qualidade Total de Excelência.

2.2- Evolução dos Referenciais Normativos

- **Enquadramento das ISO 9000**

No início da década de 80 o comité técnico (CT) 176¹⁸ da 'International Organisation for Standardisation' (ISO)¹⁹, desenvolveu esforços para o estabelecimento de um referencial genérico e comum para os sistemas da qualidade. Tinha como objectivo a criação de um referencial aceite ao nível multi-sectorial e internacional. É publicada então, em 1987, a série de normas ISO 9000, com o intuito de promover a garantia da Qualidade. No entanto, salienta-se que este referencial nasce no sentido de dar resposta a um conjunto de necessidades expresso pela indústria, tendo por isso uma 'forma' adequada às necessidades do sector em causa. A missão da ISO consiste na promoção do desenvolvimento da normalização, como elemento facilitador das trocas de bens e serviços. Os referenciais normativos desenvolvidos permitem avaliar a conformidade dos produtos ou serviços bem como métodos que permitam uma comparação adequada de resultados, fundamental para o comércio. Todavia, esta não realiza actividades de avaliação de conformidade face aos normativos que publica, pois existem diversos organismos que disponibilizam serviços de avaliação de conformidade independentes (entidades certificadoras reconhecidas para este fim) [Baylina, 2010].

Em Portugal, foram adoptadas como série de normas NP EN 29000, no âmbito do Sistema Português da Qualidade. Os protocolos da ISO requerem que estas sejam revistas de cinco em cinco anos, tendo sido revistos em 1994 os 20 requisitos da ISO 9001. Em Portugal foram traduzidas e adoptadas em 1995, sendo designadas por NP EN ISO 9001:1995. Para a revisão, que se focou essencialmente em alguns esclarecimentos e na adopção clara do conceito de

¹⁸ Comité técnico 176 responsável pelo desenvolvimento e Manutenção das Normas para Sistemas de Gestão da Qualidade.

¹⁹ 'International Organisation for Standardisation' (ISO) é uma organização não governamental, criada em 1947. É uma federação de organismos de normalização de 130 países, um por país (Baylina, 2010, p.84-85).

prevenção, foram ouvidos todos os envolvidos, desde 'experts', organizações utilizadoras, não utilizadoras e clientes. Desta segunda revisão resultou a família das ISO 9000:2000. Esta nova norma, na realidade é vista por alguns como mudança de paradigma devido a diversos factores, dos quais se destacam: focalização no conceito de processo, abordagem por processos e a criação de um sistema de gestão (Idem).

As normas ISO 9000 são referenciais para a implementação de sistemas de gestão da qualidade, que representam um consenso internacional sobre boas práticas de gestão, com o objectivo de assegurar o fornecimento de produtos e/ou serviços que satisfaçam as exigências dos clientes. Os requisitos normativos são considerados como os padrões mínimos sobre os quais as organizações definem o seu sistema de qualidade. Estes são, e devem ser, complementados com práticas e metodologias já existentes e específicas que são uma mais-valia para a organização (Idem).

2.3- A Qualidade na Saúde

Vários países têm apostado na oferta de serviços de saúde com qualidade, devido a diversos factores dos quais se destacam: as mudanças políticas, o envelhecimento das populações, os profissionais mais atentos, os cidadãos mais críticos, o aumento das necessidades e a escassez de recursos. Nos Estados Unidos da América (EUA), o 'Institute for Healthcare Improvement' fundado em 1991 e sobre a direcção de Donald Berwick, teve a missão de identificar e divulgar inovações que contribuíram para a qualidade dos cuidados em saúde, quer nacionais quer internacionais (Pisco, Ministro, & Rodrigues, 2000). No início dos anos 2000 a OMS- Europa identificou a necessidade de desenvolver uma política comum baseada em linhas estratégicas que garantiam o direito à saúde, à equidade e que promoviam a melhoria da continuidade na prestação de cuidados de saúde e a satisfação do utente. Esta organização define a qualidade na saúde como *“um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua dos cuidados”* (Machado & Nunes, 2005, p.8). Esta necessidade foi reforçada pela divulgação dos relatórios do Instituto de Medicina dos EUA (IOM) em 2000 e 2001 que mencionam que 58% das mortes relacionadas com erro médico poderiam ser prevenidas. Este organismo refere ainda que no Reino Unido morriam anualmente 40 000 pessoas devido à falta de segurança e qualidade da assistência (Baylina, 2010).

Devido às causas enunciadas entre outras surgiu a necessidade de melhorar os sistemas da qualidade da prestação dos cuidados de saúde de forma a garantir a segurança dos utentes. Foi neste contexto que emergiu a necessidade de implementar um novo paradigma de gestão da qualidade com a finalidade de estabelecer melhorias claras, concisas e mensuráveis.

A qualidade nos serviços de saúde provém da conjugação de várias variáveis, das quais se destacam, as pessoas, os sistemas e as técnicas. Segundo Donabedian, a Qualidade em Saúde deverá ser analisada numa perspectiva global tendo em conta as 'estruturas', os 'processos' e os 'resultados' e cuja avaliação deverá englobar todos em simultâneo. (Donabedian, 2003). O mesmo autor citado por Ferreira (1991, p. 98), Rodrigues (2000, p.52) e por Florentim (2007, p. 49) define qualidade dos cuidados de saúde como o *“tipo de cuidados que maximiza uma medida, que inclui*

o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas, que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes”. Para estes autores a qualidade deve ser analisada sobre quatro dimensões, tais como:

- 1- Conduta do prestador de cuidados;
- 2- Acesso aos cuidados de saúde;
- 3- Disponibilidade de recursos materiais e humanos;
- 4- Continuidade de cuidados ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação.

Por sua vez, a OMS identifica como componentes dos cuidados de saúde de qualidade o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, a minimização de riscos para os doentes, a satisfação dos utilizadores e a obtenção de resultados de saúde (Baylina, 2010). Os atributos da qualidade na saúde assentam ainda nas seguintes dimensões: efectividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados nos doentes, continuidade e respeito (Campos, Carneiro & Saturno, 2010).

Nos serviços de saúde a necessidade de implementar modelos ou ferramentas de Gestão da Qualidade é tão pertinente como em qualquer outro serviço onde seja necessário garantir que a qualidade foi alcançada nos graus pretendidos. Neste sentido garantir a qualidade é um imperativo de Qualidade para bem servir os seus clientes. A desadequação da gestão organizativa fica muito mais dispendiosa do que os investimentos com a Qualidade, uma vez que quando correctamente implementados estes investimentos reduzem significativamente os custos da não qualidade²⁰.

Embora seja questionável por muitos intervenientes devido ao carácter imprevisível dos serviços de saúde, há a necessidade de disciplinar processos e de definir procedimentos padrão. Só desta forma se garante que os colaboradores estão preparados para responder com segurança, flexibilidade e iguais padrões de qualidade a situações imprevistas e altamente variáveis.

- **Qualidade na saúde em Portugal**

Na década de 90 verificou-se um grande desenvolvimento na área da qualidade no sector da saúde. Emergiram então vários projectos que vieram impulsionar este movimento. Este foi também acompanhado de um importante investimento na formação em qualidade, bem como a criação de projectos, por parte da DGS, promotores da qualidade. No final desta década foi identificada quer pela OMS, na Declaração ‘Saúde para todos no ano 2000’ na meta 31, e pelo Conselho da Europa, na sua Recomendação n.º 17/97 do Conselho de Ministros, a necessidade da criação de um sistema de qualidade na saúde. Em consequência desta recomendação o plano apresentado em 1996 (e revisto em 1999) pelo Ministério da Saúde ‘Saúde um compromisso – Estratégia da saúde para o virar do século’ (1998-2002) passou a assumir a política da Qualidade na saúde como inseparável da política de saúde (Machado & Nunes, 2005). Neste seguimento surge o Instituto Português de Qualidade em Saúde.

²⁰ Ao nível da manutenção e/ou prevenção.

No ano 2000 surge com o Quadro Comunitário de Apoio III, o Programa Operacional de saúde 2000-2006, onde se apresentam um conjunto de medidas promotoras de melhoria da qualidade e o aumento da eficiência dos cuidados prestados, de acordo com o exposto no Eixo prioritário II – Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade, no ponto 2.3 (certificação e garantia da qualidade). Por sua vez, o PNS para 2004-2010, no eixo V (reorientar o sistema de saúde), apresenta um conjunto de objectivos estratégicos e de intervenções necessárias para colmatar lacunas como a escassa cultura da qualidade e défice organizacional (Idem).

- **Instituto de Qualidade em Saúde (IQS)²¹**

O IQS foi regulamentado pela Portaria 288/1999 de 27 de Abril. Competia a este organismo a gestão do Sistema Português da Qualidade na Saúde (SPQS), através da definição e desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que tendiam à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. A criação deste organismo foi um marco muito importante para a qualidade na saúde em Portugal (OPSS, 2005; Pisco, 2001).

O IQS tinha como principais objectivos:

- Promover a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- Promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades promotoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação;
- Promover o enquadramento da investigação e da formação profissional contínua;
- Prestar apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

Pese embora o consenso acerca dos benefícios para a saúde da implementação de programas de qualidade organizacional nas instituições de saúde, só com a colaboração e cooperação dos profissionais, dos gestores e dos políticos se conseguirá ir de encontro às necessidades dos cidadãos e dos utilizadores dos cuidados de saúde. Foi neste contexto que o IQS desenvolveu vários programas e iniciativas em colaboração com os organismos internacionais, dos quais se destacam:

- **Normas de Orientação Clínica (NOC)**

Em Portugal, o desenvolvimento do projecto NOC foi iniciado em 1999 pelo IQS tendo sido este o responsável pela sua coordenação. Estas normas desenvolveram-se devido ao rápido aumento da dimensão e da complexidade da evidência científica gerada pela investigação clínica, que cria obstáculos aos profissionais de saúde na incorporação desses dados na sua prática diária (Machado & Nunes, 2005).

²¹ O Instituto de Qualidade em Saúde foi extinto em 2006, e substituído pela Agência da Qualidade na Saúde – AQS, um dos muitos organismos que constituem a Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS). Neste momento a Direcção Geral de Saúde é que tem dinamizado a actividade existente na área.

Neste sentido, este programa teve como objectivo a criação de critérios de avaliação da qualidade de linhas de orientação já existentes. Visou ainda, a divulgação de linhas de orientação a nível internacional, assim como, a elaboração e publicação das mesmas em conjunto com sociedades científicas. As normas de orientação clínica (NOCs), designadas em inglês por '*guidelines*' – foram apresentadas como um modelo de apoio à decisão clínica, sendo um instrumento de qualidade dos actos médicos. Estas ambicionavam melhorar os resultados, minimizar os riscos e aumentar a eficiência clínica (Carneiro, 2000; Baylina 2010).

As NOCs deviam ser suficientemente flexíveis, servir de base a uma decisão informada por parte dos médicos e dos utentes, melhorar a aprendizagem profissional, a educação e a comunicação e reconhecer a obrigação ética do médico para com o utente. O processo de criação das NOCs incluiu o levantamento de necessidades, o desenvolvimento específico, a implementação, a avaliação e revisões periódicas (Idem).

- **QUALIGEST**

Este foi um programa global de modernização da Gestão dos Serviços de Saúde, baseado nos princípios da qualidade total, recomendados pela EFQM. O objectivo deste projecto foi fazer evoluir a administração ou direcção dos serviços de saúde para uma gestão verdadeiramente integrada da qualidade em todas as actividades e a todos os níveis de serviços. A QualiGest foi um instrumento de auto-avaliação voluntária destinada à gestão de topo das instituições. Neste sentido, permitiu aos órgãos de gestão identificar pontos fortes e áreas a melhorar nas suas práticas de gestão, de modo a recentrá-las sobre os resultados e objectivos de qualidade que se pretendiam alcançar. A utilização deste modelo veio permitir, de acordo com o preconizado pelo modelo da Qualidade Total da EFQM, a avaliação dos meios que os órgãos de gestão utilizavam no cumprimento da sua missão, e a avaliação dos resultados que decorriam da utilização desses meios. A sua primeira aplicação foi em 1999, na Sub-Região de Aveiro abrangendo todos os CS (Baylina, 2010; Christo, 2000a).

- **Programa de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ)**

Este programa teve início em 1998, por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde e assumiu-se como continuidade cultural dos projectos de melhoria de produtividade, de revisão de utilização e dos recursos técnicos de engenharia industrial aplicados aos hospitais e teve inicialmente a adesão de quatro hospitais. Este foi um sistema organizado para melhorar os procedimentos, os resultados e os serviços prestados pelos hospitais. Os princípios destas metodologias assentam no pensamento e metodologias de Deming e Juran, e foram aplicadas há cerca de dez anos nos hospitais dos Estados Unidos da América. Estas tiveram como ponto de partida o lançamento do Plano Nacional de Demonstração²² (1987/88), através do qual se testou pela primeira vez a utilização da MCQ em organizações de saúde. A continuidade, alargamento e aprofundamento ditaram uma grande mudança nos hospitais portugueses, pois centraram-se na satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, internos e/ou externos de modo a reduzir

²² O Plano Nacional de Demonstração foi um sucesso ao nível da inovação dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (DGH).

sistematicamente os custos da não qualidade. A MCQ “*é um sistema organizado para melhorar de forma constante os procedimentos, os resultados e os serviços prestados pelos hospitais (...), de forma a exceder permanentemente o nível conseguido*” (Baylina, 2010 p, 191; Varanda, 2000).

- **Qualidade organizacional hospitalar – protocolo entre o IQS e o KF-HQS**

O ‘*King’s Fund*’ (KF) é uma fundação independente, sem fins lucrativos, fundada em 1897 pelo Príncipe de Gales, cuja principal missão foi contribuir para estimular a boa prática e inovação em todos os aspectos dos cuidados de saúde e de gestão (Baylina, 2010).

Este projecto visou a criação de um sistema de avaliação contínua da qualidade dos hospitais que, de forma sistemática, tinha como objectivo a monitorização do seu desempenho e funcionava como um instrumento de desenvolvimento e melhoria. O protocolo assinado entre o IQS e o KF-HQS em Março de 1999 teve como objectivo o desenvolvimento de um programa autónomo de acreditação dos hospitais nacionais. O mesmo previa a criação de dois programas distintos, um programa de avaliação, revisão e melhoria organizacional dos hospitais e um programa de Benchmarking, do desempenho organizacional face a parâmetros nacionais e internacionais. A finalidade do mesmo foi a criação de um sistema de avaliação contínuo da qualidade organizacional dos hospitais - Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (PNAH) - baseado na monitorização do desempenho e na melhoria contínua (Baylina, 2010; Boavista, Ribeiro & França, 2000).

Esta parceria teve a duração de cinco anos e foi dividida em três fases, nomeadamente, a aprendizagem do processo e a sua aplicação, o estabelecimento da infra-estrutura e gestão da transição e revisão e, por fim, a avaliação do sistema/colaboração independente. Assim, a utilização deste programa promoveu a comparação face a um conjunto de critérios distribuídos por cinco secções, onde se incluem a gestão institucional, a gestão dos recursos, os direitos e necessidades dos utentes, o percurso do utente e serviços específicos. A implementação deste projecto imprimiu estímulo e desafio à mudança a todos os níveis da organização hospitalar, realçou a gestão dos recursos, contribuiu para o envolvimento multidisciplinar, para o reconhecimento da boa prática e para a melhoria contínua da organização hospitalar (Idem).

As organizações que adoptaram este projecto tiveram inúmeros benefícios dos quais se destacam: a introdução de critérios de qualidade organizacional nos hospitais de forma permanente, competição ‘inter’ e ‘intra’ hospitais, promoção da mudança organizacional e atitudes, promoção do trabalho através do envolvimento multidisciplinar, promoção de atitudes de planeamento, normalização de procedimentos e acções, promoção do impacte positivo exterior e promoção da responsabilização interna e pública (Idem).

- **Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento**

Este foi um projecto prioritário da Secretaria de Estado da Saúde que se iniciou em Janeiro de 2000, com o qual se propôs melhorar o atendimento e encaminhamento dos utentes dos serviços e saúde, através da implementação de princípios de gestão da qualidade, desde o primeiro contacto com os serviços de saúde. Assim, ambicionou-se constituir procedimentos para a

identificação, registo, admissão, informação, orientação e encaminhamento dos utentes nos serviços de saúde. Através deste manual pretendeu-se eliminar falhas, omissões, atrasos, desconsiderações e a repetição inútil de actividades sem valor acrescentado.

O manual da qualidade na admissão e encaminhamento visou fornecer aos prestadores do serviço, um suporte técnico e documentado para desempenho das suas funções sem falhas, criou ainda um referencial adaptado à missão da organização que garantia a conformidade dos processos e possibilidades de desencadear acções correctivas e preventivas atempadamente, ao mesmo tempo que dotou a organização, dos meios, regras e formas de actuação capazes de serem avaliadas interna e externamente pelas partes interessadas. Este sistema era dinâmico e traduzia em qualquer altura o sistema implementado na organização, pois era permanentemente revisto e actualizado (Baylina, 2010; Christo, 2000b). O mesmo foi implementado em 21 hospitais e nove CS (Machado & Nunes, 2005).

- **Projecto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento Hospitalar**

Este projecto foi concebido com o intuito de melhorar a eficiência da gestão dos materiais e equipamento, diminuir os custos por unidade distribuída, aperfeiçoar o serviço prestado aos clientes dos serviços de aprovisionamento e implementar um sistema de garantia da qualidade. O desenvolvimento deste projecto e a aplicação das metodologias que dele recorrem, pretenderam ajudar os serviços de aprovisionamento a assumirem-se junto dos seus clientes, como exemplos de boas práticas hospitalares capazes de fazer chegar o produto certo a quem dele necessitava, no local e momentos certos e com o menor custo possível, preservando o nível de qualidade exigido para cada caso concreto (Baylina, 2010; Reis, 2000).

O mesmo tinha vários objectivos dos quais se destacam, harmonizar as práticas do processo de compra, armazenamento, distribuição e gestão de stocks, criar um protótipo manual de procedimentos de aprovisionamento, uniformizar especificações, sistemas de codificação e nomenclatura de produtos, estabelecer orientações práticas para a elaboração de especificações de serviços, instituir métodos consistentes de qualificação e aprovação de fornecedores, sistematizar o aprovisionamento, tornar visível a responsabilidade e autoridade dos intervenientes nas várias fases do processo, respeitar o disposto nos textos legais e directivas comunitárias tendo em conta o cumprimento dos requisitos das normas ISO 9000:2000 referentes ao aprovisionamento e estabelecer um sistema de avaliação que permita a verificação sistemática da qualificação dos serviços de aprovisionamento. Foi inicialmente aplicado à região de Lisboa e Vale do Tejo porque 12 hospitais desta região consumiam 23,3% das compras totais realizadas pelo Serviço Nacional de Saúde (Idem).

- **International Quality Indicator Project (IQIP)**

Em 1985 nos EUA foi desenvolvido um projecto denominado '*Quality Indicator Project*' (QIP), com o intuito de testar um conjunto de medições de desempenho clínico e a sua utilização em actividades de melhoria da qualidade. Este conjunto de indicadores englobava quatro áreas de cuidados: agudos, psiquiátricos, continuados e domiciliários.

Portugal aderiu em 2001 ao IQIP, tendo sido criado um ramo nacional, o '*Portuguese Quality Indicator Project*' (PQIP). Para Portugal esta ferramenta foi suportada num conjunto de vinte indicadores e cerca de duzentas medidas divididas em dois grupos, Internamento e Ambulatório, esta fomentava o bom desempenho profissional dos médicos e enfermeiros. A implementação deste projecto nos hospitais seguiu o ciclo PDCA, como ferramenta avaliadora do desempenho clínico e dinamizadora de processos de melhoria contínua. A aplicação deste permitiu a cada hospital proceder a uma auto-avaliação e a uma avaliação entre instituições de cuidados de saúde e motivar os responsáveis na procura das eventuais causas dos desvios verificados e na sua eliminação (Baylina, 2010). Este foi introduzido em oito hospitais nacionais (Machado & Nunes, 2005).

- **Metodologia Gemba Kaisen- 5S**

A palavra japonesa '*Kaisen*' significa melhoria contínua e '*Gemba*' representa o local onde se desenrola a acção. Um sistema de qualidade total implica garantir, a ordem, a limpeza, o asseio e a auto-disciplina. Esta é uma metodologia japonesa que pretendeu promover a melhoria e reforçar as novas práticas através da eliminação das inutilidades, reorganização do espaço de trabalho, promoção da segurança, entre outros. Este método foi constituído por cinco passos: '*seiri*' (senso de utilização), '*seiton*' (senso de arrumação), '*seiso*' (senso de limpeza), '*seiketsu*' (senso de saúde e higiene) e '*shitsuke*' (senso de auto disciplina). Assim, este método visou combater eventuais perdas e desperdícios nas organizações. Cada passo é um pré-requisito para o passo seguinte, assim torna-se mais fácil a implementação do método. No final havia uma consolidação do sistema da qualidade e melhoria do desempenho geral (Baylina, 2010; Christo, 2004).

- **Instrumento de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuOr)**

Este programa visou assegurar a prestação de cuidados de saúde com mais qualidade aos cidadãos que recorrem aos CSP, tal como demonstraremos no próximo ponto.

Para além destes projectos desenvolvidos pelo IQS, existem outros que poderão ser adoptados pelas entidades prestadoras de cuidados de saúde dos quais se destacam, a série ISO 9001 para a certificação dos sistemas de gestão da qualidade, a série ISO/IEC 17025/ISO 15189 para a acreditação laboratorial, as normas da 'Joint Commission International' (JCI) para os processos de acreditação hospitalar, e o modelo de auto-avaliação da 'European Foundation for Quality Management' (EFQM) [Machado & Nunes, 2005].

- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**

É uma organização acreditadora, independente, sem fins lucrativos, que se dedica à área dos cuidados de saúde. A sua missão é "*melhorar continuamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao público através da acreditação dos cuidados de saúde e serviços relacionados que suportam a performance e melhoria destas organizações*" (Baylina, 2010, p.205).

Desenvolveu normas aplicáveis a vários tipos de organizações prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente para hospitais gerais, psiquiátricos e de crianças, cuidados domiciliários, cuidados de ambulatório e laboratórios clínicos. Estas normas proporcionam às organizações elevados

níveis de performance ao nível dos direitos dos utentes, do tratamento dos utentes e controlo da infecção. As mesmas foram desenvolvidas tendo em conta todas as partes interessadas, designadamente utentes, fornecedores, consultores, profissionais do sector da saúde, entre outros. Em Fevereiro 1997, a JCAHO introduziu um novo projecto no processo de acreditação, designado de ORXY, com o propósito de identificar e desenvolver medidas chave de performance. Este projecto espelhou a impotência crescente da utilização de indicadores de performance na prática médica. A implementação desta ferramenta acarreta vantagens: internas no sentido de suportar a melhoria da performance; externas permitindo a demonstração da responsabilidade perante o público e outras partes interessadas, no processo de ensino/aprendizagem, fomentando a prática suportada na evidência (Idem).

Em Portugal este modelo foi introduzido em 2004 pela Unidade de Missão Hospitais S.A. em treze hospitais EPE pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (Machado & Nunes, 2005).

- **Avaliação da satisfação com os cuidados de saúde em Portugal**

Em Portugal nos últimos anos, a avaliação da satisfação com os cuidados de saúde ganhou grande importância, como medida da qualidade na prestação de cuidados de saúde por organizações públicas. Independentemente dos mecanismos de avaliação do desempenho que as organizações prestadoras de saúde apliquem, a sua utilização deverá ser compreendida como uma realidade implícita na nova cultura de avaliação promotora da melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços de saúde. É importante destacar que os indicadores quando utilizados de forma adequada serão uma mais-valia na identificação de problemas, para além de que, a variação dos dados deverão ser analisados tendo em conta as causas, uma vez que podem reflectir variações na qualidade da prestação ou variações na qualidade dos dados (Sousa, Baylina & Oliveira, 2007).

Neste sentido têm sido amplamente desenvolvidos instrumentos para avaliar a percepção do cliente em relação aos serviços prestados, dos quais se destacam:

- A implementação em 1999 nos CS questionário internacional de avaliação da satisfação dos utentes com o seu médico de família (EUROPEP), cujos primeiros resultados foram publicados no ano seguinte.
- O estudo apelidado de 'A voz dos utentes dos CS' cujos resultados foram publicados em 2003, teve a colaboração de 4.714 utentes e 194 CS.
- A implementação regular e sistemática de inquéritos de satisfação aos doentes em internamento e nas urgências hospitalares em fase de acreditação pelo IQS e pelo 'King's Fund Health Quality Service' (KFHQS).

- **Desenvolvimentos Recentes**

O Instituto de Qualidade em Saúde foi extinto em 2006, e substituído pela Agência da Qualidade na Saúde – AQS, um dos muitos organismos que constituem a Administração Central de Sistemas

de Saúde (ACSS). Neste momento a Direcção Geral de Saúde é responsável pelo pelouro da actividade existente na área.

Através da Portaria n.º 155/2009, de 10 de Fevereiro foi criado o Departamento de Qualidade na Saúde²³ (DQS) e alguns meses após foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde²⁴. Esta última definiu as prioridades para a implementação de políticas de qualidade na saúde, nomeadamente através da adopção e adaptação de um modelo de acreditação e proceder à sua implementação através do programa nacional de acreditação em saúde (DQS, 2009). O departamento de qualidade na saúde foi integrado na DGS, para planear e programar a política nacional, para a qualidade do sistema de saúde. O Despacho n.º 14223/2009 de 24 de Junho incumbe o DQS de criar um programa nacional de acreditação na saúde, cuja adesão das instituições será voluntária. A DGS no domínio do DQS assume o papel de principal coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

De acordo com esta portaria, o referido programa deverá ser baseado num modelo de acreditação sustentável e deverá ter como objectivo principal garantir a qualidade das instituições e consolidar a cultura da qualidade integral. Neste sentido, o Departamento da Qualidade na Saúde adoptou as seguintes prioridades estratégicas de actuação:

- 1) Qualidade clínica e organizacional;
- 2) Informação transparente ao cidadão;
- 3) Segurança do doente;
- 4) Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
- 5) Gestão integrada da doença e inovação;
- 6) Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- 7) Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que entrou em vigor em Junho de 2009, tem um horizonte temporal de dez anos e visa impulsionar uma cultura de melhoria contínua da qualidade no SNS. Um dos seus instrumentos é o Programa Nacional de Acreditação em Saúde que visa o reconhecimento público da qualidade atingida pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, através de avaliação objectiva. Neste sentido, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde propõe-se reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura de qualidade e segurança que se deve generalizar a todo o Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2010).

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 é um desafio estratégico para o país e a sua missão é preparar Portugal para responder aos principais desafios do mundo actual e futuro no que diz respeito à saúde. Este documento orientador para as políticas de saúde pretende contribuir para

²³ Portaria n.º 155, de 15 de Fevereiro de 2009.

²⁴ Despacho n.º 14223 de 24 de Junho de 2009.

que Portugal se situe entre as melhores práticas de planeamento estratégico na saúde, mas sem descorar a perspectiva da sustentabilidade. O mesmo plano, no eixo prioritário II, preconiza a garantia da qualidade dos cuidados sendo a Qualidade considerada um dos pilares do novo planeamento estratégico, juntamente com a Cidadania, o Acesso, as Políticas Saudáveis e a saúde Sustentável. As recomendações ao nível da qualidade encontram-se organizadas em três áreas: institucional/organizacional, recursos humanos/profissionais de saúde e cidadãos/utentes. Face ao exposto a qualidade no PNS 2011-2016 assenta nos seguintes objectivos e estratégias:

- a- Definição de um Sistema Nacional de Qualidade em Saúde com uma estrutura de governação que assegure a responsabilidade pela qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do Sistema de Saúde.
- b- Definição de um conjunto de metas nacionais na área da qualidade dos cuidados, que englobe as suas várias dimensões.
- c- Promover a avaliação da qualidade aos vários níveis do Sistema de Saúde.
- d- Promover melhores práticas ao nível estrutural com impacte na qualidade.
- e- Promover a melhoria contínua da qualidade ao nível dos processos nos vários níveis do sistema de saúde.
- f- Garantir a monitorização da qualidade aos vários níveis através de um sistema de indicadores adequados para cada nível de responsabilidade. Deve existir um observatório independente e permanente da qualidade que seja proactivo na investigação dos problemas da qualidade.

Garantir que o desempenho de novos serviços respeita as necessidades e expectativas dos doentes e tem em conta a evidência produzida para cada área (Campos, Carneiro & Saturno 2010).

2.4- Evolução de Projectos da Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Para desenvolver e melhorar a qualidade de cuidados, tornou-se necessário efectuar, de forma planeada, estruturada e sistemática, a identificação de problemas e assegurar, com rigor e transparência a sua gestão/minimização. Estes constituem aspectos relevantes neste projecto que passaremos de seguida a abordar de uma forma breve.

- **Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuOr)**

Como vimos em pontos anteriores, a reforma dos CSP confrontou-se com avanços e recuos, que inevitavelmente, se reflectiram na organização e funcionamento dos CS.

É neste contexto que surge a Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuOr), um projecto que integra as actividades do então IQS, e que foi um elemento estruturado de identificação e solução de problemas organizacionais nos CS (Pisco, Lino & Rodrigues, 2000).

Os objectivos deste programa eram os seguintes: melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, aumento da satisfação dos profissionais de saúde e melhoria da organização e gestão dos CS (Pisco, 2004; Baylina 2010).

De acordo com Pisco (2004), o programa que levou à elaboração do MoniQuOr²⁵ na Direcção-Geral de Saúde nos anos 1996 e 1997 estribou-se em objectivos que urge realçar neste trabalho, designadamente:

- Elaborar um conjunto de critérios de qualidade organizacional para utilização nos CS e trabalhar com os profissionais e com os utilizadores na melhoria e adequação contínua deste conjunto de critérios;
- Criar um sistema de avaliação inter-pares do grau de cumprimento dos critérios e desenvolver um modelo de avaliação do progresso em direcção ao cumprimento integral desses critérios, através de 1.º auto-avaliação, 2.º avaliações cruzadas (entre CS) e 3.º avaliações externas (qualificação);
- Avaliar o impacte que o cumprimento dos critérios tem na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e incentivar projectos de investigação acerca das melhorias de efectividade e eficiência com o MoniQuOr.

Todos os profissionais que trabalham no CS deveriam ser envolvidos neste processo de melhoria e nas alterações necessárias que asseguravam o cumprimento dos critérios referentes à sua área de trabalho. No entanto, é pertinente salientar que se tratava de um processo voluntário de aprendizagem e de troca de experiências de que todos os profissionais e instituições de saúde eram susceptíveis de beneficiar (Pisco, 2004; OPSS, 2003).

O MoniQuOr propôs-se funcionar como um meio estruturado de identificação e solução de problemas organizacionais dos CS (Pisco & Biscaia, 2001).

Assim, as áreas do MoniQuOr incidiram sobre:

- 1) Organização e gestão (planeamento de actividades, trabalho de equipa e gestão de recursos;
- 2) Direitos dos cidadãos (assegurar os direitos dos cidadãos nos serviços de saúde, atendimento dos utentes com dignidade e privacidade);
- 3) Promoção da saúde (política favorável à saúde e desenvolvimento de programas locais);
- 4) Prestação de cuidados de saúde (acessibilidade, cuidados domiciliários, continuidade e integração de cuidados, comunicação com profissionais e utentes, normas de orientação ou protocolos, política de prescrição e registos clínicos);
- 5) Educação contínua e desenvolvimento da qualidade (avaliação e monitorização da qualidade, avaliação da satisfação dos utentes, avaliação da satisfação dos profissionais, educação contínua e incentivos à investigação);

²⁵ MoniQuOr de 1998 a 2006 foi coordenado pelo IQS (Baylina, 2010)

- 6) Instalações e equipamentos (identificação dos profissionais, das instalações e equipamentos de higiene e segurança).

Procurou-se implementar um processo centrado numa avaliação progressiva, que se desenrolava desde a auto-avaliação, passando pela avaliação inter-pares até à avaliação externa²⁶ dos resultados, que eram comunicados ao IPQ (processo de avaliação de acordo com os princípios de auditoria). Este processo permitiu iniciar um olhar atento para o interior dos CS e conhecer os seus pontos fortes e os seus pontos fracos. Com esta revisão contínua e sistemática dos processos visava-se a prestação de cuidados efectivos e eficientes (Pisco, 2004).

Neste contexto, sustentando uma avaliação e monitorização da execução por áreas, identificavam-se as variações e áreas prioritárias para melhorar o desempenho. Integrava um conjunto de 163 critérios organizados em seis áreas partindo-se da elaboração de critérios de qualidade organizacional, da criação de um sistema de avaliação inter-pares, da avaliação do impacto da qualidade e da redução da variabilidade da qualidade dos serviços de saúde (Pisco, Ministro, & Rodrigues, 2000).

Pretendia-se um funcionamento na lógica de um processo estruturado de identificação de problemas, cujos princípios se orientavam para a melhoria contínua, a correcção de erros do sistema, a redução da variabilidade indesejável e a responsabilização colectiva (Pisco, 2004). Fomentava-se a comparação crítica entre o que se faz e aquilo que deveria ser feito, de acordo com critérios de boas práticas, e assim, desta forma permitia identificar áreas mais frágeis ao nível organizacional (Idem).

Da mesma forma, procurou-se que todos os profissionais estivessem envolvidos no processo de melhoria e nas modificações que asseguravam a execução dos critérios relativos à sua área de trabalho, bem como, na monitorização de modo a que se pudesse avaliar os progressos realizados. Igualmente, visava-se a melhoria da performance dos CS (Idem).

A sua utilização contribuiu para se aperfeiçoar vários aspectos, tais como, a organização dos serviços centrados nos utilizadores, o planeamento estratégico, as revisões sistemáticas multidisciplinares da qualidade, além de que facilita a elaboração de planos de acção e o reconhecimento externo do nível de qualidade alcançado pelos CS. Assim, é essencial designar prioridades de forma realista e adaptada ao contexto local (Idem).

Este foi o primeiro programa de avaliação da qualidade organizacional nos CS, baseado inicialmente na auto-avaliação a qual em 1998 teve a adesão de 298 CS (a que corresponde uma taxa de participação, a nível nacional, de 82%). Em 1999, aderiram à auto-avaliação 102 CS e entre a primeira e a segunda auto-avaliações registaram-se melhorias relevantes em muitos dos critérios de avaliação. A melhoria foi de 8% em média em todos os indicadores, o que demonstrou uma preocupação dos profissionais em integrar aquelas lacunas detectadas na primeira fase (Pisco, Lino & Rodrigues, 2000).

²⁶ Com o intuito de certificação (Baylina, 2010)

Para salvaguardar o rigor metodológico do processo de auto-avaliação ficou assente que seria realizada por um grupo constituído por elementos de diferentes áreas profissionais (médico, enfermeiro e administrativo), só um membro da direcção poderia integrar este colectivo, todos os membros deveriam ainda ser reconhecidos pelo seu valor, pela generalidade dos profissionais do CS. Cada avaliador decidia individualmente, obtendo-se o resultado final por consenso, após discussão (Idem).

Após a realização da auto-avaliação eram analisadas as áreas e subáreas com pior pontuação, assim como os critérios²⁷ com pontuação igual ou inferior a 0,33 visando a elaboração de projectos de melhoria contínua da qualidade. Para gerir com qualidade é necessário ter sempre em mente que os cidadãos são o centro de toda a acção e preocupação, por isso, é fundamental gerir os processos, criar equipas de trabalho e solucionar os problemas que surgem através da utilização de metodologias simples de identificação e resolução de problemas PDCA (Pisco, 2004).

Na sequência das auto-avaliações, foi enviada a cada CS informação personalizada, acerca da própria unidade, elaborada através dos resultados das auto-avaliações. Esta informação incluía a comparação dos resultados obtidos pelo centro com as médias nacionais, da região, e da sub-região, de modo a que a unidade analisa-se as suas prestações e discutisse a forma de as melhorar (Idem).

Nesse mesmo ano (1999), 109 CS efectuaram avaliações cruzadas. Estas foram efectuadas por uma comissão de avaliação externa composta por três elementos dos diferentes grupos profissionais. As visitas das equipas externas, que realizavam a avaliação cruzada foram efectuadas apenas nas sedes dos CS. A visita assentou nos seguintes critérios: observação directa, aplicação de questionários aos profissionais e utentes, avaliação dos suportes escritos e reuniões quer com a direcção, quer com a comissão de avaliação do CS visitado. Constatou-se, então, que os resultados da avaliação cruzada, pouco divergiram dos alcançados na segunda auto-avaliação (cerca de 1%), o que comprovou pelo menos em grande medida o rigor da metodologia. No entanto, apenas 62 CS participaram nas três avaliações. O que de certa maneira é revelador de uma resistência à implementação de projectos desta natureza, apesar dos seus benefícios.

No âmbito do mesmo programa e na sequência da avaliação cruzada de 1999/2000, a Ministra da Saúde atribuiu em Janeiro de 2000, um prémio de 150 mil contos para seis CS que obtiveram mais de 80% de cumprimento dos critérios avaliados. No plano internacional, o MoniQuOr foi candidato ao prémio para melhor projecto a nível europeu, na área da melhoria da qualidade” (OPSS, 2002).

Assim, foram efectuadas auto-avaliações nos anos 1998, 1999 e 2000 e foram realizadas avaliações cruzadas em 1999 e 2001. Posteriormente ano de 2004 foi iniciado mais um processo de auto-avaliação que envolveu 184 CS, de um total de 357 (Baylina, 2010).

²⁷ Um grupo de trabalho do MoniQuOr criou uma escala dividida em quatro níveis, do 0 ao 1 (Baylina, 2010)

Christo (2010) apresentou as vantagens de auto-avaliação do MoniQuOr, salientando o conhecimento das dimensões da qualidade, os padrões e métodos de avaliação, o trabalho em equipa operacionalizado nomeadamente pelas reuniões de consenso e avaliação colectivas. A análise da situação, a compatibilidade entre a situação existente e a desejável, a oportunidade de melhoria através da identificação de acções, plano de melhoria e procura de boas práticas, constituíram algumas das vantagens enunciadas. No entanto, também destacou os limites da auto-avaliação designadamente a viciação, o estímulo limitado (pois para além da auto-estima, nada acontece quaisquer que sejam os resultados) e dificuldade de comparação pela subjectividade na avaliação e critérios de avaliação não aferidos. Por sua vez, identifica na avaliação cruzada um conjunto de vantagens, das quais se destacam: a formação de avaliadores provenientes das próprias unidades, independência (uma vez que já não se avalia o próprio trabalho), maior rigor na avaliação e isenção, bem como, disseminação de boas práticas pelos avaliadores externos. À semelhança do referido na auto-avaliação também apresenta desvantagens, das quais se destacam: a resistência, a dificuldade de aceitação em ser avaliado por outros, o isolamento (os avaliadores cruzados não se articulam entre si), o livre arbítrio (a pontuação dos avaliadores externos não era validada), a ausência de incentivos, pois para além de oportunidades de melhoria não acontecia nada.

A MCSP em 2007 adaptou o MoniQuOr às USF. O processo foi desenvolvido pela MCSP no âmbito do 'Sistema de Acreditação para os CSP' a partir da experiência com o MoniQuOr e o Modelo Europeu de Excelência da EFQM e que englobaria a auto-avaliação, a avaliação inter pares e avaliações cruzadas entre USF e a submissão a um sistema de acreditação a cargo da entidade competente do Ministério da Saúde Missão para os CSP, no entanto, não chegou a ser aplicado (MCSP, 2007).

- **Marca Atendimento de Qualidade Reconhecida (AQR)**

A necessidade de elaborar formas de reconhecimento da qualidade do atendimento que se apliquem à várias unidades de saúde, levou a MCSP em 2008, a avançar com a Marca Atendimento de Qualidade Reconhecida (AQR) que é 'uma marca registada do Ministério da Saúde', no âmbito dos CSP, cujo objectivo é identificar as Boas Práticas de Atendimento dos utentes e torná-las publicamente reconhecidas, de modo a criar um sentido de responsabilidade cívica partilhada (Pisco, 2008).

Esta iniciativa tem como público-alvo os utentes e os profissionais de saúde. Estes últimos pretendem dar aos seus clientes um serviço de qualidade ao nível do atendimento, ao mesmo tempo que lhes é reconhecido publicamente este empenho (Idem).

A qualidade de atendimento rege-se pelos princípios do eixo da voz do processo e eixo da voz do cliente. Ambos assentam na liderança e no trabalho em equipa e têm compromissos e indicadores, que objectivamente permitem avaliar o seu cumprimento (Idem).

A marca AQR baseia-se no controlo objectivo do cumprimento dos compromissos emanados pela organização candidata, que são minuciosamente medidos e monitorizados. O modelo AQR

consagra 12 critérios obrigatórios de fundamentação do sistema de qualidade do atendimento nas unidades dos CSP. Desses doze critérios obrigatórios, seis estão agrupados para dar resposta directa ao eixo I- voz do processo e os outros seis visam responder ao eixo II- Voz do cliente. O eixo da voz do processo é composto por seis critérios obrigatórios: abordagem por processos chave, práticas normalizadas, eficiência, prestação do serviço, requisitos legais e auditorias internas. Por sua vez, o eixo da voz do cliente abrange seis critérios obrigatórios sendo estes: a capacidade da resolução de problemas, imagem e transparência, limpeza, ordem e rigor, atitudes e comportamentos, reclamações e medida da satisfação (Pisco, 2008).

A instituição deve formular e publicar os seus compromissos da qualidade de atendimento, de acordo com os seguintes critérios: promover o acesso aos serviços, fomentar um atendimento correcto e atento, dar uma resposta correcta aos pedidos dentro do prazo anunciado, analisar as reclamações e avaliar a satisfação dos clientes e as sugestões (Idem).

O mesmo autor refere ainda que a metodologia de avaliação utilizada é a auditoria externa realizada por uma equipa do MCSP²⁸ aos processos da organização respeitante ao atendimento e a auditoria externa de observação do atendimento denominada de auditoria de cliente simulado.

São seis as etapas processuais para atribuição da marca:

Etapa 1- Envio do dossier de candidatura para a MCSP;

Etapa 2 – Verificação das condições de elegibilidade da candidatura;

Etapa 3 – Preparação da auditoria externa;

Etapa 4 – Realização da auditoria externa e visita do cliente simulado, seguindo-se o relatório para auditados e, por fim, uma análise das respostas e planos de acções de melhoria;

Etapa 5 – Emissão de parecer e apreciação da comissão de atribuição da marca (CAM);

Etapa 6 – Atribuição da marca e registo nacional das entidades com marca atribuída.

A atribuição da marca AQR baseia-se na apresentação de um dossier de candidatura. Podem candidatar-se os CS, as USF e os ACES. A utilização da marca AQR é concedida pelo período de dois anos (Idem).

A instituição ao aderir à marca AQR obtém como benefícios, entre outros: a possibilidade de fazer um auto-diagnóstico de modo avaliar o grau de conformidade básica com os requisitos da referida Marca; tomar medidas no que respeita ao estado de implementação geral dos seus programas de Qualidade do atendimento; o reconhecimento público do esforço no contexto da qualidade de atendimento. A melhoria contínua da qualidade pressupõe a adopção de uma cultura e prática regulares de avaliação e a utilização de objectivos e de indicadores. A avaliação deverá integrar as seguintes modalidades: auto-avaliação, hetero-avaliação e avaliação externa. Semanalmente

²⁸ Após a extinção da MCSP ficou responsável pela atribuição da marca AQR o Professor Vítor Ramos da Escola de Saúde Pública.

as USF devem disponibilizar tempo para trabalhar ao nível dos processos e procedimentos de trabalho diário, de forma a melhorá-los (Campos, 2005).

Acederam à Marca AQR dezanove das vinte instituições que se candidataram, sendo treze do ACES Bragança (a totalidade dos CS de Bragança e seis USF), a USF Arões (Braga), a USF Fânzeres (Rio Tinto), a USF Faria Guimarães (Porto), a USF Grão Vasco (Viseu), a USF D. Henrique (Viseu), e a USF Servir Saúde (Corroios). A cerimónia de entrega de troféus da Marca AQR ocorreu no Politécnico de Viseu, a 30 de Março de 2010.

- **Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía (ACSA)**

Na escolha do modelo nacional de acreditação foram ponderados os seguintes critérios: “alinhamento com as grandes linhas da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde; transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipo de unidades que constituem o Sistema de Saúde Português, avaliação por profissionais de saúde nacionais, possibilidade de alargamento a outras áreas de acreditação em saúde e, por fim, a sustentabilidade económica, de forma a permitir a adopção generalizada do modelo de acreditação escolhido (DQS, 2009).

Assim, a opção pelo Modelo ACSA, surgiu por cumprir os critérios acima descritos, pela alegada consolidação e reconhecimento, pela semelhança de sistema de saúde público e destinatários em termos demográficos e epidemiológicos (Idem).

O modelo de acreditação ACSA foi aprovado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto, da sua Excelência Ministra da Saúde, como o modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária.

Foi então celebrado um acordo entre a DGS e a ‘*Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía*’, de modo a estabelecer a implementação do modelo em Portugal, e do qual a DGS adquiriu direito exclusivo de utilização no território nacional, e futuro desenvolvimento. Refere-se, ainda, que este modelo necessita de ser adaptado à realidade portuguesa, cabendo à DGS através do DQS, identificar áreas passíveis de melhoria (Departamento da Qualidade na Saúde, 2009).

Assim, o modelo ACSA é o Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde, e visa a acreditação das organizações de saúde, mas também acredita em áreas de competências profissionais, de formação e de Websites com informações sobre saúde (Idem).

Neste modelo, o cidadão é o centro do sistema de saúde público e a sua satisfação é o elemento irrenunciável da qualidade. Este conceito de qualidade desenvolve-se num marco centrado no processo de cuidados único sob a perspectiva do cidadão em relação à continuidade assistencial, como critério chave determinante. A dimensão social da qualidade verifica-se através da obtenção de resultados seguros e satisfatórios para os utilizadores (ACSA, 2004).

Importa referir que em Espanha este processo não é considerado como um processo de carácter voluntário, mas vinculativo, uma vez que desde o momento que o sistema de saúde da Andaluzia definiu o que considera como serviços de qualidade está obrigado a garanti-lo (Idem).

A certificação, na medida em que poderá ser vista como uma ferramenta, deve favorecer e impulsionar processos de avaliação e melhoria, ajudando os profissionais a sinalizar os elementos susceptíveis de serem melhorados. A melhoria contínua está vocacionada para implicar toda a organização num processo progressivo e em constante mudança de modo a conseguir alcançar os seus objectivos (Idem).

Este modelo da acreditação desenvolve-se com base na progressão de diferentes graus, cada um com maior complexidade e exigência que o anterior, proporcionando gradualmente uma melhoria contínua. Os candidatos podem atingir três níveis de acreditação – bom, óptimo e excelente. Quando se atinge um determinado grau começa-se a planificar actividades dirigidas a melhorar os resultados e a obter a acreditação no grau seguinte (DQS, 2009).

O modelo de acreditação caracteriza-se por ser: uniforme, total, horizontal, integral, progressivo, orientado para os resultados e melhoria partilhada. A acreditação deve ser considerada como um processo dinâmico, ou seja, como a oportunidade de estabelecer propostas novas e alternativas para melhorar a qualidade.

A agência de certificação andaluza assume, no momento em Espanha, a supervisão e gestão dos distintos processos de acreditação. Promove, contudo, uma rede de centros com certificados de acreditação que se constituem num importante impulso para a inovação e incentivo profissional (Idem).

O manual de acreditação de unidades de gestão clínica está estruturado em cinco blocos, cinco dimensões às quais se associa o termo qualidade e estão identificados com códigos de cores:

- ✓ Bloco I – O cidadão centro do sistema de saúde – cor de laranja (Utilizadores: satisfação, direitos e participação; acessibilidade e continuidade dos cuidados e documentação clínica).
- ✓ Bloco II – Organização da actividade centrada no utente – vermelho (Gestão de processos clínicos; actividades de promoção e programas de saúde e direcção).
- ✓ Bloco III – Profissionais – roxo (profissionais, desenvolvimento profissional e formação).
- ✓ Bloco IV – Estrutura – azul (estrutura, equipamento; sistemas de informação e tecnologia de informação; sistema de qualidade).
- ✓ Bloco V – Resultados – verde (resultados chave da organização).

Cada um dos blocos divide-se em critérios, constituindo até 11 critérios.

O processo de acreditação tem três fases²⁹:

- **Fase 1 – Preparação – Solicitação e visita de apresentação**

A solicitação tem como consequência a planificação conjunta, entre os responsáveis do centro e a unidade de agência. Cada processo de acreditação requer a nomeação, por parte da agência, de um avaliador chefe que facilita a coordenação e o seguimento de todo o processo.

²⁹ De acordo com o modelo ACSA em Espanha.

A unidade de gestão clínica nomeia entre si um coordenador do processo de acreditação para facilitar o desenvolvimento do processo e a comunicação com a agência. De forma consensualizada com a unidade, planifica-se e realiza-se uma visita de apresentação à equipa directiva e outra aos profissionais acerca do processo de acreditação (Idem).

- **Fase 2 – Enfoque Interno – Autoavaliação, avaliação interna e simulação**

Os objectivos da autoavaliação no modelo Andaluz de qualidade são os seguintes:

- ✓ Promover e difundir o modelo Andaluz da qualidade entre os directores e os profissionais do centro da área e entre a comunidade;
- ✓ Facilitar à organização o caminho até à melhoria contínua e até à acreditação;
- ✓ Possibilitar a auto-avaliação periódica, dentro e fora dos ciclos de acreditação, para avaliar continuamente o processo;
- ✓ Fomentar a aprendizagem organizacional e a criação e gestão do conhecimento;
- ✓ Focalizar o trabalho dos avaliadores, facilitando a visita de avaliação externa.

O desenho de auto-avaliação que se adoptou foi o qualitativo, aborda-se a avaliação como um enfoque qualitativo que se traduz no ciclo PDCA (Idem).

Entende-se assim, a norma como uma parte dinâmica, sendo importante assegurar o seu cumprimento sustentado no tempo, ou seja, supõe a mobilização da organização num processo que assegurará o seu cumprimento futuro, assim como, o estabelecimento de novos elementos a melhorar (Idem). Estima-se que o prazo máximo para completar o processo de auto-avaliação seja de 3-4 meses.

A equipa de direcção estabelece os objectivos e o plano de acção para a auto-avaliação da unidade de gestão clínica. Na planificação, a equipa de direcção define como se vai efectuar a autoavaliação em todos os níveis, como se vincula a auto-avaliação tendo em conta os objectivos e qual o plano de comunicação interna e externa. É importante que a unidade consiga grupos de auto-avaliação multidisciplinares para potencializar a aprendizagem e a criação de conhecimento organizado. Estes grupos devem trabalhar em áreas a melhorar, nas recomendações trazidas pela avaliação externa e actualizar periodicamente a auto-avaliação (Idem).

Uma vez concluída esta etapa de auto-avaliação (desenvolvida e suportada via electrónica), inicia-se o módulo de simulação. A simulação contém uma série de elementos de avaliação e de evidências positivas, organizadas de modo a serem verificadas através de uma lista que será diferente da utilizada na fase de avaliação externa (Idem).

Esta fase permite à unidade de gestão clínica a identificação de novas áreas a melhorar, permite ainda desenhar um processo de avaliação externa mais adaptado às características da unidade e orientado para as áreas de cumprimento a melhorar mais relevantes (Idem).

- **Fase 3 – Enfoque Externo – Visita de avaliação**

A composição da equipa de avaliação depende do tipo de unidade de gestão clínica a certificar. Integrando toda a informação da fase prévia para tornar mais eficiente o processo, a equipa de

avaliadores externos verifica o cumprimento das normas, a partir das evidências positivas e áreas a melhorar apontadas pela unidade de gestão clínica durante a auto-avaliação (Idem).

A equipa dos avaliadores elabora um relatório com os resultados e recomendações para a direcção de acreditação, que a leva à direcção geral da agência. A agência da qualidade remete à equipa directiva da unidade um relatório pormenorizado, com os resultados. É então emitida a certificação, na qual constam os dados de identificação da unidade, o alcance e âmbito da certificação, o programa de acreditação seguido e o grau de cumprimento das normas do programa (Idem).

- **Fase 4 - Seguimento**

Nas visitas de seguimento realizam-se com a periodicidade que se determinam em função dos resultados alcançados, ou quando existam circunstâncias que assim o exijam. Uma vez terminado o processo de certificação inicia-se a fase de seguimento destinada a assegurar a estabilidade das normas e impulsionando a melhoria contínua (Idem).

As normas para a acreditação das unidades de gestão clínica respondem aos conceitos de autonomia e responsabilidade compartilhada, no sentido de alcançar os objectivos da organização e implementar as melhorias conseguidas, tais como, o uso racional do medicamento, guias de prática clínica e planos de cuidados (Idem).

A acreditação pelo modelo ACSA foi desenvolvida por profissionais da saúde, com profundo conhecimento na gestão da qualidade em saúde, com sólida experiência na prática clínica. Este modelo está completamente alinhado com as políticas de saúde e as estratégias de qualidade (Christo, 2010).

A acreditação de uma USF nos CSP foi demonstrada por Christo, (2010) que apresentou em Ponta Delgada a experiência de Valongo. O grupo começou o trabalho interno da equipa com a auto-avaliação, interiorização, aprendizagem e detecção de necessidades de melhoria. Para tal foi criada a equipa da qualidade da USF com a atribuição de tarefas conforme a auto-avaliação para a tomada de medidas de melhoria e correctivas. Este processo de acreditação abrange diversos pontos-chave, tais como, procedimentos uniformes, gestão de recursos clínicos e definição de competências.

Todavia, para regulamentar o acesso à acreditação, a DGS publicou recentemente uma orientação³⁰ na qual estabeleceu os critérios de selecção para a acreditação das USF. Assim, nesta afirma-se que face à impossibilidade de assegurar a acreditação a todas as USF que, de acordo com a legislação em vigor se candidatem ao processo de acreditação do modelo ACSA, às quais se poderão juntar outras unidades funcionais, por proposta do DQS é dada orientação relativa às prioridades de selecção para processos de acreditação para o ano de 2011. Informa, que as candidaturas devem ser formalizadas junto do DQS pelos conselhos directores das ARS, por sua vez, a DGS distribui o total de vagas disponíveis de forma proporcional pelo território

³⁰ Orientação 011/2011 de 15 de Abril, de 2011 da DGS.

português. Os pedidos realizados às ARS devem incluir os resultados dos indicadores contratualizados de cada unidade relativos aos últimos dois anos.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

3- PERCUSO METODOLÓGICO

Neste ponto do trabalho iremos abordar empiricamente o objecto de estudo, as questões de investigação, procedimentos e técnicas a usar.

A escolha metodológica da investigação tem subjacente a sua pertinência relativamente ao objecto de estudo, às questões de investigação e aos objectivos formulados. Procurámos por isso, reunir informação materializada em registos e documentos que permitissem o conhecimento detalhado do contexto de estudo.

Assim, na primeira parte apresenta-se a metodologia seguida na investigação, nomeadamente, a introdução à problemática, os objectivos do estudo, as questões de partida, a análise crítica da bibliografia, e os procedimentos e técnicas de recolha de informação.

Parte-se do princípio que a *“investigação é uma tentativa sistemática de atribuição de respostas a questões”* (Tuckman, 2002, p.5). De acordo com Fortin (2009, p.372), a metodologia consiste no *“conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”*.

Neste contexto centra o “Desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF”, a partir do estudo de uma USF acreditada pelo modelo ACSA optou-se pela metodologia qualitativa, pois é a que se adequa à natureza e objectivos de estudo.

3.1- Introdução e Justificação da Problemática

Será alvo de atenção especial o facto de se estar a realizar pela primeira vez, a avaliação da qualidade de uma USF com base no modelo espanhol ACSA cuja adequação se encontra ainda em curso, pese embora se pretenda comparar a qualidade da saúde com padrões utilizados a nível internacional. Conhecer os pontos fortes de fracos deste modelo sentidos pelos intervenientes neste processo constituirá um contributo futuro.

A escolha da problemática “Desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF”, para a dissertação teve por base o interesse em aprofundar conhecimentos acerca de metodologias de gestão da qualidade ao nível dos CSP, uma vez que tenho um contacto permanente com este tipo de serviços, por motivos de cariz profissional. O interesse pela problemática encontra sentido acrescido, na medida em que as orientações políticas têm dado grande centralidade aos C.S.P como a primeira porta de entrada do SNS e a reforma deste nível de cuidados tem privilegiado a criação de USF, com indicação expressa de adesão a metodologias de qualidade. Nesta lógica, temos assistido a reformas e a tentativas de avaliação de qualidade sob diferentes metodologias. Importa pois, compreender/ interpretar os princípios/pressupostos, em que a avaliação da qualidade, pelo modelo ACSA, se estrutura.

Neste contexto procurou-se uma USF acreditada em Portugal à luz do modelo espanhol ACSA, procurando identificar e analisar os pontos fortes e fracos quer ao nível interno, quer ao nível externo, com os quais a equipa se deparou ao longo do processo de acreditação.

3.2- Objectivos de Estudo

Delimitada a problemática apresentam-se os objectivos do estudo:

- Conhecer quais os objectivos que levaram a USF a aderir ao processo de acreditação pelo modelo ACSA;
- Identificar os pontos fortes e fracos percebidos pelos profissionais envolvidos na acreditação;
- Conhecer a opinião na perspectiva dos intervenientes sobre todo o processo de acreditação;
- Identificar sugestões e / ou recomendações destes profissionais em relação às USF interessadas neste processo;
- Conhecer a percepção dos profissionais intervenientes à adequação do modelo espanhol ACSA, à realidade dos CSP em Portugal.

3.3 – Questões de Partida

O presente estudo possui assim quatro questões de partida que passamos a enunciar:

- Qual a percepção dos intervenientes no processo de acreditação pelo modelo ACSA?
- Quais foram as dificuldades internas e /ou externas percebidas pelos intervenientes ao longo do processo de acreditação?
- Quais os ganhos para a organização decorrentes da acreditação?
- Quais as sugestões decorrentes da sua experiência no processo?

3.4 – Análise Crítica da Bibliografia

Foi elaborada uma revisão da literatura acerca da qualidade nos CSP, de acordo com os objectivos que seguidamente são apresentados.

Os objectivos gerais:

- Na análise dos estudos sobre a qualidade nos CSP teve-se em conta os seguintes aspectos: ano da publicação, país ou região e pressupostos do estudo.
- O conteúdo (objectivos para a gestão da qualidade em unidades prestadoras de CSP, tipo de intervenção, tipo de organização, tipo de resultados apresentados e parâmetros medidos);
- Método de investigação;
- Qualidade da publicação (o desenho da investigação).

Foi realizada pesquisa nas bases disponibilizadas pela Escola Superior de Saúde (*B-on, Medline, Rcaap, Format, Scielo, Scirus e Emerald*), em artigos relevantes publicados entre 1978 e 2011 e suportada em critérios de inclusão/exclusão presentes na tabela 1.

Durante a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: qualidade nos cuidados de saúde, CSP; melhoria contínua; gestão da qualidade; ferramentas da qualidade; políticas de saúde; sistemas de saúde; acreditação; certificação e normalização.

Tabela 1 – Critérios de Inclusão/Exclusão

Critério de Inclusão	Critério de Exclusão
O artigo deve:	Artigos que se debrucem sobre:
<ul style="list-style-type: none"> - Conter “abstract”; - Estar publicado e disponível para o público; - Estar associado aos CSP; - Discutir resultados relevantes sobre a problemática; - Conter a descrição do processo de implementação do sistema de gestão da qualidade; - Ter sido publicado entre Janeiro de 1978 e Maio de 2011; 	<ul style="list-style-type: none"> - Processos de cuidados de saúde de países não industrializados; - Projectos cujo objectivo principal é a melhoria financeira ou apenas melhorias em termos administrativos;

A recolha de dados e análise de conteúdo foi auxiliada com uma ficha de leitura que continha:

- Ano da publicação;
- País ou região onde foi efectuado o estudo;
- Pressupostos do estudo (centros de saúde, cuidados primários);
- Objectivo apresentado no estudo ou, quando não explicitado, que esteja de acordo com a análise do contexto;
- Referência bibliográfica;
- Ideia - conteúdo (ideia principal do texto original efectuada secção, a secção podem ser traduzidas por frases do texto);
- Tópicos para a estrutura do texto (articulações da estrutura global que permitem ‘resumir as ideias / conteúdos e ajudar a estruturar o pensamento’);
- Resumo.

3.5- Opções Metodológicas e Técnicas

Nesta secção serão abordadas as opções metodológicas e técnicas onde se inscrevem o tipo de investigação, a população, selecção dos informantes, os procedimentos para a colheita de dados, e o tratamento e análise da informação.

3.5.1- Tipo de Investigação

O presente estudo será desenvolvido segundo uma orientação qualitativa, tendo por base os objectivos do estudo anteriormente referidos. O recurso ao método qualitativo permitirá compreender a subjectividade das percepções dos profissionais relativamente à implementação do processo de acreditação da USF em estudo pelo modelo ACSA, o que aponta para questões epistemológicas e metodologias específicas.

Estamos certos que a metodologia qualitativa é o caminho ideal para penetrar e compreender o significado e a intencionalidade das falas, vivências, valores, percepções, desejos e necessidades. Não se descure deste facto que a recolha de dados se centra na descrição de uma descoberta, na classificação e na comparação (Tuckman, 2002).

Esta metodologia tem ainda outra característica importante na abordagem de um fenómeno. É a flexibilidade ou seja, as informações que se colhem ao serem interpretadas, podem originar a procura de dados distintos. As questões colocadas podem ser deixadas de lado e surgir outras, na emergência de novas informações, que implicam encontrar outros caminhos. O investigador tem assim, a possibilidade de reajustar os seus pressupostos, à medida que o estudo vai avançando (Varela, 2007).

De acordo com Bodgan & Biklen (1992; cit. por Tuckman, 2002, p.508) a investigação qualitativa apresenta as seguintes características:

- “1- A situação natural constitui a fonte de dados, sendo o investigador o instrumento chave de recolha de dados;*
- 2- A sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados;*
- 3- A questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e o resultado final;*
- 4- Os dados são analisados indutivamente, como se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle;*
- 5- Diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao «porquê» e ao «o quê»”.*

Mais tarde os mesmos autores referem que a investigação qualitativa é descritiva, uma vez que os dados são recolhidos em forma de palavras. A partir de uma população previamente definida tenta-se analisar os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível a forma em que estes foram realizados e transcritos (Bodgan & Biklen, 1994).

Esta pesquisa insere-se num estudo de caso, na medida em que resulta numa “(...) *inquirição empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real*”, no qual os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível fazer observações directas e entrevistas sistemáticas (Yin, 1989; cit. por Bressan, 2000, p.13).

É um tipo de pesquisa, tal como referem (Coutinho & Chaves 2002, p.223), que analisa em profundidade uma entidade bem definida: o ‘caso’. Este pode ser “*um indivíduo, uma personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade, ou mesmo uma nação*” (Idem). Todos estes tipos de caso são unidades sociais.

Na mesma linha, (Miles & Huberman, 1994) salientam que um caso pode ser definido como um fenómeno de natureza certa, ocorrido num dado contexto. Pode também ser definido com uma base temporária (eventos que ocorram num dado período), ou espacial (o estudo de um fenómeno que ocorre num dado local).

O estudo de caso é, então, considerado pelos autores acima referidos “*uma investigação empírica, que se baseia no raciocínio indutivo, que depende fortemente do trabalho de campo, que não é experimental, que se baseia em fontes de dados múltiplas e variadas*” (Coutinho & Chaves, p.224-225). Assim, assume um forte cariz descritivo, o que permite fazer interrogações acerca da situação, confrontá-la com outras já conhecidas ou teorias já existentes e, sobretudo, dá lugar a novas teorias e a novas questões para futura investigação.

Baseia-se, fundamentalmente, numa relação pormenorizada e completa de um fenómeno ligado a uma entidade social, adequando-se, assim, informação acerca do acontecimento. Num estudo qualitativo o investigador encaminha o seu trabalho ao nível das experiências vividas pelos indivíduos (Fortin, 2009).

3.5.2- População

A população poderá ser definida como um conjunto de elementos que possuem determinadas características ou como uma agregação de casos que tendem a um conjunto de critérios (Fortin,1999). A população é assim, um conjunto de elementos que apresentam em comum, determinada característica e a partir da qual se deseja obter informações.

A população é constituída pelos sete elementos da equipa da qualidade da USF, em estudo, sendo composta por três médicos, dois enfermeiros e dois administrativos.

3.5.3- Selecção dos Entrevistados

A selecção dos entrevistados é sempre uma questão complexa, depende um conjunto de factores e é assente em perspectivas epistemológicas que estão longe de gerar consenso. Desde logo impõe-se entre outros a definição de critérios. Os de inclusão e exclusão para evitar situações ambíguas. Sendo assim, os critérios de inclusão que presidiram esta investigação são:

- Integrar a equipa da qualidade da USF;

- Possuir, pelo menos, um elemento de cada grupo profissional³¹;
- Um dos elementos, pelo menos, ser simultaneamente membro da coordenação da USF e do grupo da equipa da qualidade;
- Disponibilidade dos profissionais.

Trata-se, assim, de uma amostra intencional não probabilística, na medida em que se caracteriza por uma escolha intencional dos elementos que a compõe. Neste caso, o pesquisador dirige-se ao grupo de elementos dos quais deseja saber a opinião (Bodgan & Biklen, 1994).

A amostra é constituída por três elementos da equipa da qualidade da USF, cada um destes pertence a um dos três grupos de profissionais de saúde (médico, enfermeiro e secretariado clínico).

A integração destes três grupos profissionais no número de entrevistados tem como objectivo analisar a problemática em estudo, sob ponto de vista de profissionais com intervenções complementares, mas simultaneamente distintas, tal como preconizava o modelo ACSA.

3.5.4- Procedimento Para a Colheita de Dados

Centramo-nos, aqui, no instrumento e nos procedimentos a seguir na colheita de dados.

- **Instrumento de colheita de dados**

É com base nos dados colhidos que vamos tentar conhecer a percepção dos profissionais envolvidos e que o estudo prossegue para conclusões. A escolha das técnicas e instrumentos adequados é de suma importância. A selecção dos instrumentos de colheita de dados pressupõe as opções metodológicas definidas para o estudo, cujo objectivo principal é a procura da globalidade e a compreensão dos fenómenos, através do exame detalhado dos próprios dados e das relações existentes entre si no seu ambiente natural (Varela, 2007).

Tendo presentes factores como o tempo, as características inerentes à população, assegurar a liberdade e espontaneidade nas respostas, a entrevista é para este estudo, o instrumento mais adequado. Esta é utilizada para descrever dados descritos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao entrevistador desenvolver intuitivamente uma ideia de como os sujeitos interpretam os aspectos (Bodgan & Biklen, 1994).

As entrevistas são utilizadas para revelar experiências realizadas tendo em conta o que em determinado momento está a decorrer, tal como na problemática em estudo. Os processos para conduzir uma entrevista têm como objectivo obter os dados desejados, com a máxima eficácia e a mínima distorção, uma vez que nas entrevistas interrogam-se pessoas. Na preparação da entrevista devem ser especificadas as questões de partida que pretendemos medir e elaboradas com base nas interrogações (Tuckman, 2002).

A entrevista aplicada a este estudo é semi-estruturada directiva tendencialmente elaborada, tendo por base a pesquisa bibliográfica e a apreciação de peritos, através da qual se pretende dar

³¹ (Médico, enfermeiro e secretariado clínico)

resposta à problemática. Este tipo de entrevista caracteriza-se por uma formulação exacta e uma sequência das questões que estão antecipadamente determinadas. As questões serão colocadas pela mesma ordem a todos os entrevistados, aumentando, assim, a possibilidade de compreensão dos tópicos em análise na perspectiva dos diferentes profissionais. Deste modo, procura-se reduzir as distorções e facilitar a organização e a análise de dados. As questões de resposta aberta permitem maior profundidade e proporcionar ao sujeito maior liberdade de resposta (Tuckman, 2002).

A entrevista está, assim, organizada em duas partes, tal como se constata no guião em anexo I. Na primeira parte (questões 1 a 6) colocaram-se perguntas mais gerais e abrangentes procurando-se identificar os objectivos inerentes ao processo de acreditação, conhecer oportunidades e dificuldades externas, bem como, assinalar os pontos fortes e dificuldades internas. A segunda parte (questões 7 a 9) é composta por perguntas que focalizam sobretudo as opiniões no processo de acreditação dos agentes envolvidos.

- **Procedimento**

A par com as entrevistas e no sentido de complementar a informação e favorecer a interpretação das mesmas proceder-se-á à análise documental (disponível em espaço Web) relacionada com a organização da USF, nomeadamente cartas de qualidade e documentação de apresentação da USF em espaço virtual. Para permitir que os dados sejam recolhidos, respeitando os princípios formais das Instituições, serão necessários alguns contactos e procedimentos que decorrerão durante dois meses.

A investigadora, numa primeira fase, começará por contactar o coordenador/a da USF, de modo a perceber a sensibilidade deste/a. Combinar-se-á então uma visita pessoal à USF, durante a fase de remodelação e obras, com o intuito de informar e elucidar sobre o tema, finalidade e o interesse do estudo bem como, o tipo de instrumento de colheita de dados, os objectivos do estudo e pedir futura colaboração, em momento oportuno, para a colheita dos dados.

Com a mesma finalidade será contactada a Administração Regional de Saúde (ARS), de modo a pedir autorização, para a colheita de dados que se pretende realizar na USF.

Numa segunda fase, após concluído o processo de acreditação da USF, estabelecer-se-á contacto com o coordenador/a da USF e para agendar a entrevista, de acordo com as disponibilidades dos profissionais.

As entrevistas serão realizadas nas instalações da USF num dia a definir na segunda quinzena de Fevereiro de 2011. Antes de se iniciarem serão apresentados aos entrevistados os objectivos e a natureza da entrevista, de uma forma breve e de modo a deixar os entrevistados mais à vontade. Será ainda explicada a forma de registo. Previamente será garantido o anonimato e solicitado o consentimento informado com documento próprio (anexo II) bem como autorização para utilizar gravador.

- **Tratamento e análise dos dados**

O tratamento de dados é um aspecto de importância incontornável para qualquer estudo. As conclusões obtidas estão relacionadas com a qualidade da recolha, tratamento e interpretação dos dados. Nesta fase estabelece-se uma correspondência entre o nível empírico e teórico de modo a assegurar que as questões de partida se encontram reflectidas nos dados do texto é estruturante (Bardin, 2009).

O tratamento e análise dos dados centrar-se-á na análise de conteúdo das entrevistas previamente realizadas. Implica uma análise da compreensão dos tópicos em análise na perspectiva dos diferentes profissionais, através da verificação de índices de acordo com as sugestões de análise de conteúdo (Idem) A análise de conteúdo *“é sempre um trabalho (...) paciente, que requer simultaneamente, um trabalho minucioso de análise e uma passagem delicada à síntese”* (Poirier, Valladon & Raybaut, 1999, p. 107). A mesma, constitui uma *“técnica de pesquisa para a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto de comunicações, tendo por fim interpretá-las”* (Poirier, Valladon & Raybaut, 1999 p.159).

A maioria dos procedimentos de análise organizam-se, em redor de um processo de categorização. Esta é um processo de classificação de elementos que compõe um conjunto por diferenciação, que são reagrupados através de critérios previamente definidos. Assim as categorias são rubricas ou classes, as quais têm um conjunto de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, este agrupamento é efectuado de acordo com as características comuns entre os elementos (Bardin, 2009).

No presente trabalho começar-se-á por analisar a carta da qualidade da USF em estudo, estabelecendo-se uma comparação ao nível dos valores e compromissos, com cartas de outras USF, pois a carta da qualidade é um meio para garantir a qualidade da USF.

Posteriormente serão realizadas entrevistas a vários elementos da equipa da qualidade da USF. Seguir-se-á a elaboração de grelhas de análise que estabelecerão uma relação entre as diferentes respostas, considerando-se as unidades de registo de cada área temática, num quadro categorial, no qual, serão estabelecidas as categorias e subcategorias, de acordo com as verbalizações dos entrevistados. Serão ainda elaboradas tabelas para cada questão, de modo a facilitar a interpretação das unidades de frequência de cada categoria e subcategoria.

Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e as inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto apresenta-se uma breve caracterização da USF. São, ainda, apresentados os resultados que emergiram da análise documental (carta da qualidade da USF), documentação de apresentação da USF em espaço virtual e da análise de conteúdo, das entrevistas realizadas.

4.1- Unidade de Saúde Familiar em Estudo: Organização, Funcionamento e Acreditação

A USF encontra-se situada na freguesia principal do concelho que ocupa uma superfície total de cerca de 21,8 Km². Esta surge no âmbito da Implementação da Reforma dos CSP e foi uma das primeiras a candidatar-se a esta mudança.

É uma estrutura de prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde com autonomia organizativa, funcional e técnica³², faz parte de um Centro de Saúde que se integra num ACES. Presta cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo maior acessibilidade, melhor cobertura assistencial, continuidade e globalidade de cuidados à população que tem a seu cargo.

Esta USF³³ tem como missão a promoção da melhoria contínua da qualidade e a eficiência dos seus serviços, com o intuito de melhorar o nível de saúde da população inscrita. A visão definida implica fazer sempre melhor, uma vez que ambicionam ser uma USF de referência a nível nacional, em termos de satisfação dos utentes e profissionais, bem como no atendimento de qualidade, eficiência e acessibilidade dos utentes. A missão e a visão estão assentes nos seguintes valores: lealdade, transparência, respeito pelo utente, dedicação e qualidade.

Por sua vez, os recursos humanos da USF são constituídos actualmente por vinte e oito elementos, dos quais oito são médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar, cinco médicos internos de Formação Específica, oito enfermeiros e seis secretários clínicos.

Os elementos responsáveis pelos programas de saúde, enfermagem e secretariado clínico constituem os órgãos de apoio à gestão da USF.

O horário de funcionamento desta USF é de segunda a sexta-feira, das oito às vinte horas. Oferece consulta assistencial em modo de consulta programada, de consulta aberta e de intersubstituição. Possui um programa de carteira básica, com as seguintes características: planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, vacinação, vigilância de diabéticos e hipertensos, rastreio oncológico, cuidados a doentes dependentes e crónicos e saúde de adultos³⁴.

Esta USF, a funcionar actualmente com base no Modelo B, candidatou-se ao processo de Acreditação com a '*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*' (ACSA) tendo iniciado o processo de auto-avaliação 6 meses após, o que ultrapassa ligeiramente o preconizado pelo modelo ACSA.

³² Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

³³ A equipa da qualidade é constituída por três médicos, dois enfermeiros e dois secretários clínicos. Esta equipa reuniu semanalmente durante o processo de acreditação às quintas-feiras.

³⁴ Nos termos da Portaria n.º 1368, de 18 de Outubro de 2007.

O Grupo começou imediatamente o trabalho interno da equipa com a autoavaliação, interiorização, aprendizagem e detecção de necessidades de melhoria, sendo criada uma Equipa da Qualidade da USF, com atribuição de tarefas conforme a autoavaliação para tomada de medidas de melhoria e correctivas.

O processo de acreditação iniciou-se em 2009 e terminou em 2010, com a atribuição de acreditação de nível BOM³⁵, pela referida ACSA.

A relevância deste processo está bem patente nas palavras do coordenador/a desta USF, na mensagem dirigida ao público onde se realça que foi um trajecto árduo, persistente mas muito estimulante que colaborou para reforço do sentimento do trabalho de equipa multiprofissional e desenvolvimento de estratégias com o intuito de melhoria da qualidade, colocando o cidadão como centro do sistema. Há uma preocupação essencial com os direitos e deveres dos utentes, com a garantia dos tempos de resposta, o direito à segunda opinião, a necessidade de diminuir as barreiras linguísticas e apoio aos doentes com qualquer grau de deficiência ou incapacidade, o conceito de ajuda à tomada de decisões, a necessidade do consentimento informado nos casos reconhecidos, o direito de acesso à informação de saúde e documentação clínica, sendo a segurança do doente o elemento mais importante na qualidade.

No final do ano de 2010 foi aplicado um inquérito aos utentes da USF em estudo. No total foram preenchidos 224 inquéritos que pretenderam avaliar a opinião dos utentes acerca da qualidade da unidade de saúde, relativamente às seguintes áreas: atendimento, qualidade das instalações e apreciação global. A avaliação foi efectuada, tendo como base a seguinte escala: muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito /nem insatisfeito, insatisfeito e não respondeu. A soma do primeiro critério com o segundo (muito satisfeito + satisfeito) revelou que todos os itens avaliados tiveram valores superiores aos 80%. Estes resultados revelaram uma apreciação muito positiva do trabalho desenvolvido pela USF junto da população.

Em 2008 o Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra em parceria com MCSP monitorizou a satisfação dos utilizadores das USF, assim, em Portugal Continental em todas as 146 USF foram entregues 16.768 questionários e foram recebidas 12.713 respostas. A taxa de resposta foi de 75,8%. A satisfação global com as USF situou-se nos 73,2%, as instalações tiveram uma avaliação de 76,7%, e a satisfação com áreas específicas fixou-se nos 75,0%. Estes valores são reveladores de uma satisfação bastante positiva por parte dos utilizadores das USF, o mesmo apontam os resultados obtidos pela USF em estudo. Contudo, verifica-se, verifica-se que os utentes utilizadores da USF em estudo estão ligeiramente mais satisfeitos do que a média nacional. Este resultado pode ser explicado, pelo menos em parte, pelo facto da USF já se encontrar acreditada aquando da aplicação dos questionários. Outro dos factores explicativos pode residir na maturidade crescente da equipa que já se encontra a trabalhar desde 2006.

³⁵ Numa escala desde o grau bom, óptimo e excelente.

A carta da qualidade constituindo-se uma exigência do processo de contratualização das USF não deixa de revelar a especificidade de cada uma das unidades. Neste sentido analisaram-se três cartas da qualidade, seleccionadas aleatoriamente. Para além dos compromissos da carteira básica verificam-se outras como se pode ver na seguinte tabela.

Tabela 2- **Análise das cartas da qualidade**³⁶

Conteúdo das cartas	Carta A ³⁷	Carta B ³⁸	Carta C ³⁹	Totais
Valores				
- Melhoria contínua da qualidade;	x	x	x	3
- Responsabilidade;		x	x	2
- Acessibilidade;	x			1
- Proximidade;	x			1
- Humanização;	x			1
- Transparência e co-responsabilidade		x	x	2
-Satisfação dos utentes;		x		1
- Liberdade de escolha;	x		x	2
- Cortesia	X		x	2
- Simplicidade;		x		1
- Eficácia;	x	x		2
- Eficiência;	x			1
- Flexibilidade;		x		1

³⁶ Diário da República N.º 161 Série I de 22 de Agosto de 2007

³⁷ Carta da USF A – Anexo III

³⁸ Carta da USF B – Anexo IV

³⁹ Carta da USF C – Anexo V

Conteúdo das cartas	Carta A ^{*37}	Carta B ³⁸	Carta C ³⁹	Totais
- Promoção da saúde			x	1
Compromissos				
- Horário de funcionamento e de cobertura assistencial;	x	x		2
- Atendimento domiciliário a doentes dependentes;	x		x	2
- Acolhimento orientação, comunicação e informação aos utentes;	X		x	2
- Gestão da prescrição e meios complementares de diagnóstico;	X	x		2
- Consultas de agenda de programas de saúde (saúde materna, diabetes, saúde infantil, planeamento familiar, hipertensos, idosos e doentes crónicos).	x	x	x	3
- Atendimento telefónico	x	x		2
- Marcação de consultas, acolhimento e orientação de utentes;	x			1
- Continuidade e integração dos cuidados na USF (intersubstituição, doenças agudas/urgentes de atendimento e serviços mínimos)	x	x		2
- Monitorização da qualidade/ boas práticas	x	x	x	3
- Resolução de problemas e reclamações	x	x	x	3
- Condições de higiene e segurança		x		1

*(Carta da USF em estudo)

Apresentada uma visão global dos resultados apresentaremos uma análise dos aspectos comuns e dos aspectos que se distinguiram, tendo a carta A como referência.

Da análise realizada às três cartas torna-se visível estas têm como aspectos comuns: a melhoria contínua da qualidade, a monitorização da qualidade e de boas práticas, a resolução de

problemas e reclamações e a garantia dos compromissos inerentes à carteira básica da prestação de serviços de todas as USF⁴⁰.

No que se refere à análise da carta A com a B verificam-se os seguintes pontos comuns, ao nível dos compromissos, nomeadamente, com os horários de funcionamento e com a cobertura assistencial, gestão da prescrição e meios complementares de diagnóstico, atendimento telefónico e com a continuidade e integração dos cuidados na USF. Têm ainda como valores em comum a eficácia. Relativamente à análise da carta A em comparação com a C são consonantes valores como a liberdade de escolha e a cortesia. Quanto aos compromissos têm em comum: o atendimento domiciliário a doentes dependentes e o acolhimento orientação, comunicação e informação aos utentes.

Contudo, a carta A distingue-se das demais nos valores de acessibilidade, proximidade, humanização e eficiência. Ao nível dos compromissos garante ainda a marcação de consultas, acolhimento e orientação de utentes. Porém, a responsabilidade, co-responsabilidade e promoção da saúde são aspectos presentes nas outras cartas da qualidade e não na da USF em estudo. A omissão destes valores/princípios não significa que os mesmos não se reflectam nas práticas, apenas que não se encontram explícitos na carta da qualidade. Neste sentido, e por se integrarem, directa ou indirectamente, com o '*empowerment*' dos cidadãos são dimensões que importa manter sob escrutínio.

4.2- A Percepção dos Entrevistados

Nesta secção do trabalho apresentam-se os resultados que emergem das entrevistas efectuadas e gravadas em registo áudio. Estas realizaram-se no dia 16 de Fevereiro de 2011 com uma duração média de trinta minutos e a transcrição durou cerca de quatro horas.

As entrevistas foram codificadas e categorizadas com base na visão proposta por Bardin (2009) que visa um maior rigor na análise das informações e uma maior facilidade na sua interpretação. Através destas fontes de informação procura-se descortinar as relações existentes entre as variáveis em estudo.

No sentido de proporcionar uma visão genérica dos resultados obtidos inerentes à percepção dos entrevistados, apresenta-se uma tabela síntese com as áreas temáticas, categorias e subcategorias que emergiram dos discursos, procedendo-se posteriormente à análise detalhada por questão.

⁴⁰ Diário da República N.º 161 Série I de 22 de Agosto de 2007

Tabela 3 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias

Área Temática	Categoria	Sub Categoria
Decisão de implementação do modelo	- Indicação/imposição	- ARS - DGS
	- Realidade similar - Condições de candidatura	
Objectivos do processo	- Melhoria da qualidade dos cuidados - Segurança dos doentes - Motivação profissional - Reconhecimento social - Controlo interno dos processos	
	- Não existiram - Existiram poucos	- Obras - Procedimentos
Ajudas Externas	- Acompanhamento	- Articulação/intercâmbio - Reuniões - Esclarecimento de dúvidas - Cumprimento do preconizado
	- Falta de apoio	- ACSA - DGS
	- Meios de apoio	- Aplicativo - Plataforma
Barreiras Externas	- Canais de comunicação	
	- Idioma	
	- Falhas no suporte informático	- Prescrição terapêutica - Meios de diagnóstico
	- Inadequação da ferramenta	

Área Temática	Categoria	Sub Categoria
Benefícios para a organização	- Trabalho em equipa	- Motivação da equipa - Melhoria do trabalho - Envolvimento dos actores
	- Auto-confiança - Melhoria da qualidade - Controlo interno de processos	- Procedimentos uniformes - Elaboração de normas - Registos de erro
	- Auditorias internas - Reconhecimento externo - Compatibilidade - Auto-regulação	
	- Estrutura	- Planos de emergência - Variabilidade das práticas terapêuticas
	- Inexistência de planos de manutenção/ prevenção	- Elevadores - Ar condicionado - Extintores - Contra incêndios - Contra intrusão - Periódicos dos aparelhos - Edifício
Dificuldades internas	- Inexistência de projecto de formação	- Suporte básico de vida - Circuitos de resíduos - Normas de higienização - Normas de orientação
	- Desconhecimento do processo	
	- Perda de tempo	
	- Critérios	- Interpretação - Retirados

Área Temática	Categoria	Sub Categoria
	- Interacção	- Falta de respostas - Bilateral
	- Consentimento Informado - Testamento vital	
Opinião acerca do processo de acreditação dos agentes envolvidos	- Recolhimento formal - Processo - Centralidade no doente	- Complexo - Gratificante - Consecução do objectivo
Sugestões / recomendações a outras USF	- Cumprimento de requisito legal - Adesão - Recurso a consultadoria	
Inadaptabilidade do modelo ACSA	- Funcionamento - Quadro legal	- Saúde infantil - Articulação entre níveis de cuidados
Sugestões	- Adequar o modelo - Acompanhamento por entidade portuguesa - Fazer formação	

Apresentada uma visão global dos resultados, apresentaremos logo de seguida, uma abordagem mais pormenorizada em relação a cada um das áreas temáticas.

4.2.1- Decisão de Implementação do Modelo

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com a decisão de implementar o modelo ACSA, neste contexto emergiram três categorias.

- Indicação/imposição:

No que se refere à indicação e imposição institucional foram referidas duas subcategorias, a imposição da ARS e da DGS como se pode verificar nas seguintes verbalizações:

“Modelo escolhido pela Direcção Geral de Saúde” (Entrevista 1- E1)

“(…) foi o imposto pela direcção geral de saúde” (….) modelo escolhido pela ARS” (Entrevista 2 – E2)

“Foi uma proposta da ARS” (Entrevista 3 – E3).

- Realidade similar:

Relativamente à similitude foi evocada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(…) era o que se aproximava mais da nossa realidade” (E1).

- Condições de candidatura:

Quanto às condições de candidatura foi enunciada por um dos entrevistados, como se pode verificar na seguinte evidência:

“(…) já em modelo B (….) ao fim de três anos podem-se candidatar” (E3).

Tabela 4- Decisão de implementação do modelo

	Indicação/imposição		Realidade similar	Condições de candidatura
	ARS	DGS		
E 1		x	x	
E 2	x	x		
E 3	x			x
Total	2	2	1	1

4.2.2- Objectivos do Processo

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com a percepção dos entrevistados, relacionadas com os objectivos do processo. Neste contexto emergiram cinco categorias, todavia não se verificaram subcategorias.

- Melhoria da qualidade dos cuidados:

No que se refere à melhoria da qualidade dos cuidados foi invocada por todos entrevistados, tal como se pode constatar nas seguintes verbalizações:

“(…) melhoria da qualidade dos cuidados (….)” (E1)

“(…) foi o melhoramento da dos cuidados de saúde aos utentes (….)” (E2)

“Melhoria da qualidade (….)” (E3).

- Segurança dos doentes:

Relativamente à segurança dos doentes foi evocada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) *segurança dos doentes* (...)” (E1)

- Motivação profissional:

Quanto à motivação profissional foi enunciada por um dos entrevistados, como se pode verificar na seguinte evidência:

“(...) *motivação profissional maior* (...)” (E1)

- Reconhecimento social:

No que se ao reconhecimento social foi evocada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) *reconhecimento também* (...)” (E2)

- Controlo interno dos processos:

Relativamente ao controlo interno de processos foi enunciada por dois dos entrevistados, como se pode verificar nas seguintes verbalizações:

“(...) *uma melhor organização (...) uniformização de procedimentos (...) novas metodologias de actuação* (...)” (E1)

“(...) *para sabermos até que ponto as coisas estavam a correr dentro dos padrões que queríamos*” (E3).

Tabela 5 - Objectivos do processo

	Melhoria da qualidade dos cuidados	Segurança dos doentes	Motivação profissional	Reconheciment o social	Controlo interno dos processos
E 1	x	x	x		x
E 2	x			x	
E 3	x				x
Total	3	1	1	1	2

4.2.3- Ajudas Externas

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com as ajudas externas. Neste contexto emergiram três categorias.

- Não existiram:

No que se refere à ajuda externa não existir foi enunciada por um dos entrevistados, como se pode verificar na seguinte evidência:

“(...) *não houve assim grandes ajudas externas*” (E2)

- Existiram poucas:

No que se refere às ajudas externas terem sido poucas emergiram duas subcategorias, obras e procedimentos, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) A única ajuda que tivemos da (...) ARS Norte, foi a elaboração da matriz de risco pelo serviço de higiene e segurança no trabalho (...) só o apoio ao nível de obras (...)” (E1)

- Acompanhamento:

No que se refere ao acompanhamento foram referidas quatro subcategorias, a articulação/intercâmbio, reuniões, esclarecimento de dúvidas e cumprimento do preconizado como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) Foi uma entidade que coordenava e que fazia o intercâmbio entre a equipa espanhola e a equipa portuguesa (...) articulação (...) fizeram reuniões para explicar o processo (...) vieram cá com elementos da equipa para ver se estávamos bem integrados, se tínhamos dúvidas, se estávamos a funcionar de acordo com o pretendido” (...) (E3).

Tabela 6 - Ajudas externas

	Não existiram	Existiram poucos		Acompanhamento			
		Obras	Procedime ntos	Articulação/ intercâmbio	Reuniões	Esclarecim ento de dúvidas	Cumprimento do preconizado
E 1		x	x				
E 2	x						
E 3				x	x	x	x
Total	2	1	1	1	1	1	1

4.2.4- Barreiras Externas

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com as barreiras externas. Neste contexto emergiram seis categorias:

- Falta de apoio:

Quanto à falta de apoio foram referidas duas subcategorias, ACSA e DGS, tal como se pode constatar na seguinte evidência:

“Pronto, não houve qualquer tipo de apoio da entidade acreditadora, da ACSA ou da Direcção Geral de Saúde” (...) (E1)

- Meios de apoio:

Relativamente aos meios de apoio foram enunciadas duas subcategorias, o aplicativo e a plataforma, tal como se pode verificar pelos seguintes enunciados:

“(...) um aplicativo espanhol para traduzir para português (...)” (E2)

“(...) a plataforma informática muitas vezes também não funcionava (...)” (E1)

- Canais de comunicação:

No que se refere aos canais de comunicação foi evocada por dois dos entrevistados, tal como se verifica no seguinte enunciado:

“(...) canais de comunicação de modo informático, que fazíamos algumas perguntas, ou pedíamos alguma sugestão e era-nos mais ou menos respondido (...)” (E1).

- Idioma:

Quanto ao idioma foi evocado por todos os entrevistados, tal como se pode verificar nas seguintes verbalizações:

“(...) o aplicativo informático é em Espanhol (...) o manual de acreditação em Espanhol (...)” (E1)

“(...) um aplicativo espanhol para traduzir para português (...) dificuldade às vezes de pequenas coisas que nós não entendíamos muito bem o que queriam (...)” (E2)

“A língua (...) ferramenta espanhola (...)” (E3)

- Falhas no suporte informático:

Relativamente às falhas do suporte informático verificaram-se duas subcategorias a prescrição terapêuticas e os meios complementares de diagnóstico, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) a plataforma informática muitas vezes também não funcionava (...) houve realmente também alguns blogues informáticos (...) e não conseguimos superar na totalidade foram as falhas do sistema informático (...) nomeadamente, prescrição terapêutica, (...) meios complementares de diagnóstico (...)” (E1)

- Inadequação da ferramenta:

Quanto à inadequação da ferramenta foi evocada por todos os entrevistados, tal como se pode verificar pelos seguintes enunciados:

“(...) é adaptado à realidade espanhola (...)” (E1)

“Era uma realidade espanhola” (...) “Muitas das vezes não se adaptava muito à nossa realidade (...)” (E2)

“(...) foi um bocadinho complicado” (...) não estava adaptada à nossa realidade (...)” (E3).

Tabela 7- Barreiras Externas

	Falta de apoio		Meios de apoio		Canais de comunicação	Idioma	Falhas no suporte informático		Inadequação da ferramenta
	ACSA	DGS	Aplicativo	Plataforma			Prescrição terapêutica	Meios de diagnóstico	
E1	x	x		x	x	x	x	x	x
E2			x			x			x
E3						x			x
Total	1	1	1	1	1	2	1	1	3

4.2.5- Benefícios para a Organização

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com os benefícios para a organização decorrentes do processo de acreditação. Neste contexto emergiram oito categorias:

- Trabalho em equipa:

No que se refere ao trabalho em equipa foram referidas três subcategorias, motivação da equipa, melhoria do trabalho e envolvimento dos actores, tal como se pode observar nas seguintes verbalizações:

“(…) um dos benefícios foi a motivação da equipa, (…) uma melhoria do trabalho em equipa, um aumento do espírito de equipa, porque todos numa organização são essenciais (…)” (E1)

“Os benefícios mais visíveis foi a união da equipa (…) toda a equipa uniu-se para um objectivo (…)” (E2).

- Auto-confiança:

Quanto à autoconfiança foi evocada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pela seguinte evidência.

“(…) autoconfiança (…)” (E1)

- Melhoria da qualidade:

No que se refere à melhoria da qualidade evocada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte verbalização:

“(...) uma melhoria sentida de qualidade (...)” (E1)

- Controlo interno de processos:

Relativamente ao controlo interno de processos foram enunciadas três subcategorias, procedimentos uniformes, elaboração de normas e registos de erro, tal como se pode verificar no seguinte enunciado:

“(...) os procedimentos uniformes, (...) criação de normas que sejam cumpridas por todos de igual forma, documentos de trabalho partilhados (...) registos partilhados de acontecimentos adversos, registos partilhados de ocorrências (...)” (E1)

- Auditorias internas:

Quanto às auditorias internas foi referida por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pela seguinte evidência.

“(...) necessidade de auditorias internas (...)” (E1)

- Reconhecimento externo:

No que se refere ao reconhecimento externo foi invocado por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte verbalização:

“(...) trabalho fosse reconhecido (...) foi-nos dito então, oficialmente (...)” (E1).

- Compatibilidade:

Relativamente à compatibilidade foi referida um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) foi-nos dito então, oficialmente, que estávamos dentro dos parâmetros internacionalmente aceites.” (E1)

- Auto-regulação:

No que se refere à auto-regulação foi enunciada um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“Os benefícios foram muitos houve muitas lacunas, que nós não detectávamos e com o processo de avaliação fomos criando mecanismos de auto-regulação, e de operacionalizar a nossa actuação que nós vieram facilitar muito a forma de trabalhar” (E3).

Tabela 8 - Benefícios para a organização

	Trabalho em equipa			Auto-confiança	Melhoria da qualidade	Controlo interno de processos			Auditorias internas	Reconhecimento Externo	Compatibilidade	Auto-regulação
	Motivação da equipa	Melhoria do trabalho	Envolvimento dos actores			Procedimentos uniformes	Elaboração de normas	Registos de erro				
E 1	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	
E 2	x		x									
E 3												x
Total	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

4.2.6- Dificuldades Internas

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com as dificuldades internas de implementação do processo de acreditação. Neste contexto emergiram nove categorias:

- Estrutura:

No que se refere à estrutura foram referidas duas subcategorias, planos de emergência e variabilidade das práticas terapêuticas como se pode verificar nas seguintes verbalizações:

“(...) um plano de emergência (...) não estava implementado ainda (...)” (E2)

“(...) variabilidade de prescrição (...)” (E1)

- Inexistência de planos de manutenção/prevenção:

No que se refere à inexistência de planos de manutenção/prevenção foram referidas sete subcategorias, sendo estas: elevadores, ar condicionado, extintores, contra incêndio, contra intrusão, periódicos de aparelhos e do edifício. Como se pode verificar nas seguintes evidências:

“Foram essencialmente o relacionado com (...) planos de manutenção de elevadores, planos de manutenção de ar condicionado, planos de manutenção de extintores, de segurança, dos bombeiros contra incêndios, contra intrusão (...) avaliação periódica dos aparelhos (...) relacionados com a estrutura (...)” (E1)

“(...) o plano de manutenção do edifício (...) não estava implementado ainda e foi muito difícil conseguir isso (...)” (E2).

- Inexistência de projecto de formação:

Relativamente à falta de formação foram enunciadas quatro subcategorias, suporte básico de vida, circuito de resíduos, normas de higienização e normas de orientação, tal como se pode verificar pelos seguintes enunciados.

“Nós não temos ao nível da administração, nenhum programa, nem nenhum plano anual de formação (...) tivemos de fazer o suporte básico de vida, tivemos de fazer uma formação, também, em circuitos de resíduos e de normas de higienização (...) internamente, houve muitas reuniões formativas de partilha, formação até de normas de orientação (...)” (E1).

“(...) tivemos alguma formação a nível dos lixos tivemos formação (...)” (E2).

“Ao nível da formação nossa? Ninguém tinha formação em processos de acreditação por isso (...) não foi muito fácil (...)” (E3).

- Desconhecimento do processo:

No que se refere ao desconhecimento foi evocada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) dificuldades foi mesmo o facto de não sabermos muito bem o que era uma acreditação (...) ninguém sabia muito bem o que estava a fazer (...) foi um bocadinho às escuras (...)” (E3).

- Perda de tempo:

No que se refere à perda de tempo evocada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte verbalização:

“(...) que fez perder muito tempo (...)” (E1)

- Critérios:

Quanto aos critérios foram enunciadas duas subcategorias interpretação e dados retirados, tal como se pode verificar pelos seguintes enunciados.

“(...) foi necessário tirar critérios(...)” (E1)

“(...) interpretação dos critérios(...)”(E1) [contemplados no modelo ACSA]

- Interação:

Relativamente à interação foram enunciadas duas subcategorias falta de respostas e bilateral, tal como se pode verificar pelos seguintes enunciados:

“(...) nós fazíamos perguntas e às vezes não recebíamos grandes respostas” (...) não entendíamos muito bem o que queriam” (E2)

“(...) aqui para o norte só se deslocavam e... não foi fácil, mesmo reuniões nós tínhamos que ir” porque (...) e nem os próprios avaliadores espanhóis compreendiam às vezes o que nós queríamos dizer, porque nós não tínhamos aquele modelo de funcionamento” (E3)

- Consentimento Informado:

No que se refere ao consentimento informado foi referido um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) o consentimento informado (...)” (E1)

- Testamento vital:

Quanto ao testamento vital foi invocado por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pela seguinte evidência.

“(...) o testamento vital (...)” (E1)

Tabela 9 - Dificuldades Internas

Total		E 3	E 2	E 1	
1			x		Planos de emergência
1				x	Variabilidade das práticas terapêuticas
1				x	Elevadores
1				x	Ar condicionado
1				x	Extintores
1				x	Contra incêndio
1				x	Contra Intrusão
1				x	Periódicos de aparelhos
2			x	x	Edifício
1				x	Suporte básico de vida
2			x	x	Circuitos de resíduos
1				x	Normas de higienização
2	x			x	Normas de orientação
2	x				
1				x	
1				x	Interpretação
1				x	Retirados
1			x		Falta de respostas
1					Bilateral
1	x				
1				x	
1				x	

4.2.7- Opinião dos Agentes Envolvidos

Os benefícios também são reforçados, mas não são aqui desenvolvidos por razões de rigor metodológico. Assim, nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com a opinião dos agentes envolvidos. Neste contexto emergiram três categorias:

- Recolhimento formal:

Quanto ao reconhecimento formal enunciado por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(…) a acreditação sendo um reconhecimento público e expresso realizado por uma entidade externa (...)” (E1)

- Processo:

No que se refere ao processo emergiram três subcategorias: complexo, gratificante e consecução do objectivo, tal como se pode verificar nas seguintes verbalizações:

“(...) foi compensador” (...) deu muito que fazer (...) no fim deu gozo ver o resultado (...) foi um processo muito trabalhoso (...) tivemos que nos empenhar muito, tivemos que ir buscar coisas que não fazíamos ideia que existiam (...) foi tudo pesquisa e carolice nossa” (...) (E3)

“(...) foi um trabalho muito difícil (...) foi um trabalho muito gratificante” (...) por termos conseguido o objectivo (...)” (E2)

- Centralidade no doente:

Relativamente à centralidade no doente foi enunciada por um dos entrevistados, falta de respostas e bilateral, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(...) actividades centradas no doente (...)” (E1)

Tabela 10 - Opinião dos agentes envolvidos

	Reconhecimento formal	Processo			Centralidade no doente
		Complexo	Gratificante	Consecução do objectivo	
E 1	x				x
E 2		x	x	x	
E 3		x	x	x	
Total	1	2	2	2	1

4.2.8- Sugestões/recomendações a outras USF

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com as recomendações e/ou sugestões a outras USF interessadas em aderir a este processo. Neste contexto emergiram três categorias, todavia não se verificaram subcategorias.

- Cumprimento de requisito legal:

No que se refere ao cumprimento de um requisito legal este foi referido por um dos entrevistados, tal como se pode constatar na seguinte evidência:

“Está legislado que USF deve no prazo de três anos evoluir para um processo de acreditação (...)” (E1)

- Adesão:

No que se refere ao aderir foi invocada por um dos entrevistados, como se pode verificar na seguinte verbalização:

“(...) eu recomendava que aderissem (...)” (E2)

- Recurso a consultadoria:

Relativamente à centralidade no doente foi referida por um dos entrevistados, falta de respostas e bilateral, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“(…) é aconselhável recorrerem a entidades de consultadoria (…) e é muito mais fácil se tiverem consultadoria relacionada com a área (…)” (E3).

Tabela 11 - Sugestões / recomendações a outras USF

	Cumprimento de requisito legal	Adesão	Recurso a consultadoria
E 1	x		
E 2		x	
E 3			x
Total	1	1	1

4.2.9- Inadaptabilidade do Modelo ACSA

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com a adaptabilidade do modelo e sugestões para o adaptar à realidade portuguesa. Neste contexto emergiram três categorias:

- Inadaptação do modelo:

Relativamente à inadaptação do modelo, foi enunciada por todos os entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“Não acho que não está adaptado à nossa realidade (…)” (E1)

“Não, não está muito adaptado à nossa realidade” (E2)

“Não, não está (…)” (E3).

- Funcionamento:

No que se refere ao funcionamento verificaram-se duas subcategorias saúde infantil e articulação entre níveis, tal como se pode verificar pelos seguintes enunciados:

“(…) encontramos muitas diferenças” (…) não faz a consulta de saúde infantil” (…) (E1)

“(…) eles têm uma ligação sobre tudo entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados que nós não temos(…) ” (…) (E3).

- Quadro legal:

Relativamente ao quadro legal foi enunciada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“As unidades de saúde clínica basta cumprirem aquilo que está legislado, nós aqui não, tivemos que nos adaptar a tudo” (…) (E1)

Tabela 12 – Inadaptabilidade do modelo ACSA

Inadaptação do modelo		Funcionamento		Quadro legal
		Saúde Infantil	Articulação entre níveis	
E 1	X	x		x
E 2	X			
E 3	x		x	
Total	3	1	1	1

4.2.10- Sugestões

Nesta área temática consideram-se as unidades de registo relacionadas com as sugestões realizadas adaptar o modelo ACSA à realidade portuguesa. Neste contexto emergiram duas categorias, contudo não se verificaram subcategorias.

- Adequar o modelo:

Quanto ao adequar o modelo foi evocado por dois dos entrevistados, tal como se pode verificar pelos seguintes enunciados.

“Poderá ser este modelo da Andaluzia, mas agora adequado à realidade portuguesa” (...)
(E1)

- Acompanhamento por entidade portuguesa:

Relativamente ao acompanhamento por entidade portuguesa foi enunciada por um dos entrevistados, tal como se pode verificar pelo seguinte enunciado:

“A minha sugestão é que seja uma entidade portuguesa” (...) (E3)

Tabela 13 – Sugestões

Adequar o modelo		Acompanhamento por entidade portuguesa
E 1	x	
E 3		x
Total	1	1

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Neste ponto procede-se à discussão dos principais resultados que se relacionam com a problemática da investigação e os objectivos de estudo. Este projecto de investigação, sustentado num estudo de caso, visou compreender a percepção dos profissionais da equipa da qualidade no processo de acreditação da USF. Na colheita de dados definiu-se como estratégia mais adequada a utilização da entrevista, complementada com a análise documental. Na discussão dos dados procura-se articular a informação obtida com o quadro conceptual anterior, decorrente da análise documental e das entrevistas. Assim, este ponto inicia-se pela discussão dos resultados da análise documental, segue-se a discussão dos resultados da percepção dos entrevistados, da equipa da qualidade da USF em estudo. Por fim serão apresentadas as conclusões do estudo, referindo as suas limitações e as implicações deste para o futuro.

5.1- Resultados

A carta da qualidade⁴¹ é um importante passo para a garantia no atendimento aos utentes, permitindo realçar que a gestão da USF encontra-se vocacionada para o cidadão e para a sua satisfação. Este instrumento faculta aos profissionais uma visão efectiva de como são utilizados os recursos e o nível de qualidade que podem atingir. Por sua vez, aos cidadãos permite o direito de avaliar os serviços comparando o que lhes é oferecido com o que de facto recebem. A carta da qualidade é um requisito exigido a todas as USF. Face ao exposto, e porque a carta da qualidade é um meio para garantir a qualidade da USF, procedeu-se à análise da carta da qualidade da USF em estudo, estabelecendo-se uma comparação com cartas de outras USF. Assim, da sua análise verificou-se que existe um tronco comum ao nível da carteira básica de serviços e todas se comprometem com a qualidade e a melhoria contínua da qualidade. Esta permite-lhes ter uma maior sensibilidade para a detecção de lacunas e sua respectiva eliminação. Assim, a carta da qualidade da USF em estudo tem vários pontos comuns com as outras cartas, o que revela uma orientação comum das USF. No entanto, também possui pontos que a tornam única, ao nível dos valores, pois referencia a defesa de valores como acessibilidade, proximidade, humanização e eficiência, que não se encontram nas outras cartas. No entanto, a responsabilidade, e co-responsabilidade e promoção da saúde são aspectos presentes nas outras cartas da qualidade e não se encontram de forma explícita na carta da qualidade da USF em estudo, o que não significa que estes não estejam presentes nas práticas. Assim, ao que parece todas as cartas contemplam metas, garantias e compromissos que asseguram a qualidade dos serviços e melhorias de saúde para as populações. Não obstante, cada uma tem autonomia para estabelecer quais as intervenções que considera mais relevantes tendo em conta a motivação dos seus profissionais, a população alvo e o local onde está inserida.

No que se refere às percepções dos entrevistados acerca do modelo ACSA, utilizado para a acreditação da USF em estudo, os mesmos afirmam que este foi o modelo escolhido/imposto pela

⁴¹ Decreto-Lei n.º298/2007, de 22 de Agosto

Direcção Geral de Saúde. De facto, a literatura revela que o modelo de acreditação para os cuidados de saúde foi estabelecido pela Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, que teve em conta os critérios referidos anteriormente na revisão efectuada⁴². O modelo ACSA aprovado por despacho da sua excelência Dra. Ana Jorge, Ministra da Saúde⁴³ é, nos termos do mesmo, de opção voluntária. Embora do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto refira que todas as USF em, Modelo B devam num período máximo de três anos passar por um processo de acreditação, não contempla a obrigatoriedade de acreditação preconizada pelo modelo espanhol. Deste ponto de vista, os dispositivos legais dos dois países são distintos, não tendo assim Portugal um diploma que vincule juridicamente a acreditação das USF a este processo. Pese embora o enunciado, um dos entrevistados, percepcionou como uma imposição da DGS. De qualquer modo todos os entrevistados sentiram, pelo menos em parte, que havia, na altura, interesse institucional para a implementação deste modelo. No entanto, foi publicada a orientação da DGS 011/2011, de 15 de Abril, que estabelece como primeira prioridade na selecção das USF para acreditação as USF em modelo B, com incentivos institucionais a 100% nos últimos dois anos.

Um outro argumento de um dos intervenientes prende-se com a similitude com a realidade, contudo, da análise global das entrevistas esta percepção não é transversal como adiante veremos. Este facto também poderá ser explicado pelo diferente envolvimento dos entrevistados em relação à política da qualidade, afirmação compatível com o argumento da DQS em relação à opção com este modelo de acreditação. O enfoque do referido departamento é colocado no sistema público de saúde, com organização semelhante ao português e para destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos (DQS, 2009).

Relativamente aos objectivos que a USF pretendeu alcançar com o processo de acreditação do modelo ACSA, os entrevistados apontaram unanimemente a melhoria da qualidade dos cuidados, seguida do controlo interno dos processos. O último objectivo enunciado articula-se também com um incremento da qualidade, da eficácia e da eficiência (DQS, 2009). Foram ainda enunciados outros objectivos nomeadamente, o reconhecimento social, a motivação profissional e a segurança dos doentes. A segurança constitui a terceira estratégia da qualidade em saúde e é aqui percepcionada como um dos objectivos. Não deixa no entanto de ser alvo de análise, o facto da segurança estar associada a 'doentes' quando o CS também está orientado para a promoção da saúde. Nesta perspectiva a segurança é relativa aos cuidados prestados aos indivíduos saudáveis, a doentes e aos profissionais, não se restringindo apenas aos doentes. Estes resultados estão de acordo com a literatura, na medida em que a acreditação em saúde tem como objectivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. A acreditação deve ser implementada de modo a aumentar a confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, e estimular e difundir uma cultura de melhoria da qualidade e segurança (DQS, 2009). Deste modo, a percepção em torno dos objectivos é consentânea com o preconizando pelos processos de acreditação.

⁴² Confrontar: p. 49

⁴³ Despacho n.º 69 de 31 de Agosto de 2009

Ao nível das ajudas externas a percepção dominante dos entrevistados não existiu ou foi escassa que no último caso se restringiu a obras e procedimentos. No entanto, verificou-se opinião contrária por parte de um dos entrevistados, que afirmou que receberam ajuda do Ministério da Saúde, ao nível da coordenação/ articulação e intercâmbio entre as equipas espanhola e portuguesa, procedendo ao acompanhamento, da USF através de reuniões, nas quais eram esclarecidas as dúvidas e efectuada a detecção dos desvios em relação ao preconizado. De acordo com o entrevistado houve uma reunião inicial para o processo, na primeira fase, seguindo-se de outras de acompanhamento com uma regularidade mensal, lideradas pela DGS. Prosseguiu afirmando que “mesmo eles tinham algumas dúvidas” (E3). O que pode estar relacionado com a fase inicial de implementação e com a necessidade de ajuste à realidade portuguesa.

As principais dificuldades externas com que os profissionais da USF se depararam ao longo do processo de acreditação foram várias, salientando-se a falta de apoio, quer por parte da ACSA, quer por parte da DGS. A comunicação, era realizada essencialmente por suporte informático, e nem sempre se estabelecia uma comunicação efectiva porque muitas vezes, o aplicativo não funcionava, o que dificultava a prescrição terapêutica e de meios complementares de diagnóstico. Mas de facto, todos os entrevistados mencionaram a inadequação da ferramenta como um grande entrave, referindo quer o facto da mesma estar numa outra língua (espanhol), como também a sua inadaptação à realidade portuguesa, o que dificultou a sua utilização. Daí decorreu a necessidade de retirar critérios que não se aplicavam à realidade portuguesa, sublinharam os intervenientes.

A acreditação proporcionou a percepção de ganhos para a organização, no sentido em que promoveu o trabalho de equipa, verificando-se uma maior motivação da equipa, uma melhoria do trabalho e os actores envolveram-se mais, pois, tal como afirma um dos entrevistados, numa organização todos são essenciais e todos têm o seu lugar e a sua função. A literatura refere que o grupo começou o trabalho interno da equipa com a auto-avaliação, interiorização, aprendizagem e detecção de necessidades de melhoria. O prazo máximo para completar o processo de auto-avaliação é de 3-4 meses de acordo com o ACSA, como já mencionamos, na prática o que se verificou é que a USF em estudo ultrapassou ligeiramente este prazo, tendo realizado a auto-avaliação em cerca de seis meses. Esta situação poderá ser ressalvada dado o carácter experimental desta primeira acreditação com este modelo em Portugal. Para tal foi criada a equipa da qualidade da USF com a atribuição de tarefas conforme a auto-avaliação para a tomada de medidas de melhoria e correctivas (Christo, 2010). É importante que a unidade consiga grupos de auto-avaliação multidisciplinares para potencializar a aprendizagem e a criação de conhecimento organizado. Estes grupos devem trabalhar em áreas a melhorar, nas recomendações trazidas pela avaliação externa e actualizar periodicamente a auto-avaliação (ACSA, 2004). No mesmo sentido convergem os resultados do estudo de caso que revelam o envolvimento dos intervenientes. De ressaltar que a equipa da qualidade da USF em estudo é composta por três médicos, dois enfermeiros e dois secretários clínicos cumprindo-se, assim, a ideia de integrar na equipa os diferentes grupos profissionais a laborar na USF. Esta realidade é consentânea com as normas para a acreditação das unidades de gestão clínica respondem aos conceitos de autonomia e

responsabilidade compartilhada, no sentido de alcançar os objectivos da organização e implementar as melhorias conseguidas (ACSA, 2004).

Todos os procedimentos anteriormente descritos proporcionaram a percepção de um aumento da auto-confiança dos profissionais, melhoria da qualidade e controlo interno dos processos, através da criação de procedimentos uniformes, da elaboração de normas e da detecção de lacunas. A criação de mecanismos de auto-regulação, operacionalização, partilha de documentos e de registos veio facilitar a forma de trabalhar. A identificação de novas áreas a melhorar, permitiu ainda desenhar um processo de avaliação externa mais adaptado às características da unidade (ACSA, 2010).

Ao nível interno, as principais dificuldades organizacionais com que se depararam na implementação do modelo ACSA referem-se ao nível das estruturas, ao plano de emergência e a variabilidade terapêutica, pois o aplicativo não se enquadrava dentro dos padrões de terapia que é utilizada ao nível dos CSP. Uma outra dificuldade com que se deparam foi a inexistência de um plano de manutenção do edifício ao nível dos elevadores, ar condicionado, extintores, prevenção contra incêndios, contra intrusão avaliações periódicas de aparelhos, que são coisas que não dependem directamente da equipa de prestação de cuidados, mas que eles tiveram de implementar pois não houve por parte da ARS ajuda nesse sentido. Para além das dificuldades já apresentadas, ainda surgiram outras, que importa referir designadamente: o desconhecimento por parte dos agentes envolvidos do que era o processo de acreditação quando decidiram acreditar a USF e a falta de um plano de formações obrigatórias necessárias para a unidade ser acreditada. Assim, os profissionais tiveram formações ao nível do suporte básico de vida, circuitos de resíduos, normas de higienização e normas de orientação, para cumprirem os critérios de formação exigidos às unidades acreditadas pelo modelo ACSA. Não foi englobado no planeamento de formação obrigatória programas direccionados para as questões de qualidade, mais especificamente, sistemas de gestão da qualidade, auditorias, processos de certificação e acreditação, entre outros. Esta situação é contraditória em relação à situação expressa na literatura que refere que a acreditação pelo modelo ACSA foi desenvolvida por profissionais da saúde com profundo conhecimento da gestão da qualidade em saúde, com sólida experiência na prática clínica (Christo, 2010).

Referiram ainda, a perda de tempo com a interpretação de critérios, a necessidade de retirar critérios (designadamente o consentimento informado e o testamento vital), relacionados com aspectos legislados e obrigatórios em Espanha, mas que não o são em Portugal. Tiveram também dificuldades ao nível da interacção com as equipas de apoio, pois nem sempre se faziam compreender, nem sempre obtinham 'grandes' respostas. O que significa que persistiam algumas dúvidas ou pelo menos não foram percebidas com esclarecidas. De facto, a legislação espanhola e portuguesa em matéria dos CSP são distintas. Aplicar um modelo espanhol suportado numa legislação diferente tornou mais problemática a sua aplicação.

O processo de acreditação e a consequente acreditação da USF foi descrito pelos seus profissionais associados aos processo, como tendo proporcionado uma melhoria da qualidade dos

cuidados, trabalho de equipa e centralidade no doente. Nos termos preconizados, no modelo ACSA o cidadão é o centro do sistema de saúde público e a sua satisfação é o elemento irrenunciável da qualidade (ACSA, 2004).

Constitui na voz dos entrevistados um trabalho muito complexo mas ao mesmo tempo gratificante, a acreditação foi avaliada positivamente por todos os entrevistados, que se uniram em torno desse objectivo comum. Tal como refere a literatura, a qualidade deve ser analisada de acordo com uma abordagem sistemática, de modo a concertar acções que proporcionem os melhores resultados para o cidadão (OPSS, 2010). Os profissionais entrevistados evidenciam, ainda, o reconhecimento formal realizado por uma entidade externa como “uma mais-valia no nosso desempenho” (E1). Esta percepção é consentânea com a literatura na medida em que considera a acreditação como o processo de avaliação e reconhecimento de competências técnicas, de acordo com as normas internacionais para executar determinadas actividades (IPAC, 2009). No entanto, também afirmam ter sentido muitas dificuldades na adaptação do modelo ACSA à realidade Portuguesa. Foi, pois, muito trabalhoso ainda que gratificante e compensador, como referem foi um processo “um bocadinho às escuras” (E3). De qualquer modo estas palavras revelam a percepção da falta de apoio que existiu no terreno, na implementação do processo de acreditação ACSA.

As sugestões e/ou recomendações que fazem a outras USF interessadas em aderir a este processo são no sentido de assegurarem o cumprimento de um requisito legal, salientando que “está legislado que a USF deve no prazo de três anos evoluir para um processo de acreditação” (E1) nos termos legais do Decreto-Lei 298/2007, de 22 de Agosto. Recomendam ainda o recurso a entidades a entidades de consultoria relacionadas com a área “(...) as entidades que estão ligadas aos processos de acreditação que já têm isto tudo padronizado, e é muito mais fácil se tiverem consultoria relacionada com a área (...)” (E3).

De facto, o modelo ACSA é percepcionado unanimemente pelos entrevistados como inadequado à realidade portuguesa. Aliás foram os profissionais da USF em estudo envolvidos no processo de acreditação que referiram que eles é que se tiveram de adaptar ao referido modelo. A ARS e DQS estão agora a trabalhar na adaptação do modelo à realidade Portuguesa. No entanto, e apesar de algumas semelhanças entre as realidades da saúde em Espanha e em Portugal, verificam-se grandes diferenças ao nível da articulação com os vários níveis de cuidados, assim como no respeitante aos aspectos legais. No mesmo sentido aponta a literatura, pois assume que este modelo necessita de ser adaptado à realidade portuguesa, cabendo à DGS através do DQS, identificar áreas passíveis de melhoria (DQS, 2009). Assim, o processo de creditação desta unidade permitiu contribuir para a identificação de algumas áreas passíveis de melhoria.

Neste contexto não podemos deixar de nos interpelarmos em torno das condições existentes à implementação do modelo. De facto será que já estavam reunidas as condições necessárias à implementação deste modelo? De facto o DGQ emitiu em Abril de 2011, uma orientação onde refere as condições de acesso e de selecção para unidades interessadas em aderir ao processo de acreditação. A verdade é que experiências sucessivas de (in) sucesso relativo também podem levar ao desgaste dos profissionais.

Christo (2010) que afirmou que o modelo ACSA está completamente alinhado com as políticas de saúde e as estratégias de qualidade. Neste trabalho surgiram várias expressões não consonantes com o afirmado, nomeadamente por parte de todos os entrevistados, (veja-se, por exemplo o que acontece com o testamento vital). Importa que os responsáveis políticos emitam opiniões enformadas no quotidiano das práticas dos cuidados.

Neste cenário, as sugestões que fizeram foram no sentido da criação de uma equipa de acompanhamento portuguesa e da necessidade de adequar o modelo à realidade portuguesa.

5.2- Conclusões

É importante salientar, que embora o processo seja voluntário, foi sentido pelos intervenientes alguma imposição na sua adopção, sem que as condições subjacentes ao processo de acreditação estivessem, na sua opinião asseguradas, o que foi realçado como um forte entrave pelos profissionais. Assim, o modelo escolhido para a acreditação das USF 'está a reboque das mesmas', ou seja os profissionais no terreno sentiram que tiveram de fazer o trabalho que competia à DGS. De certo modo, a adaptação do modelo à realidade portuguesa foi efectuada após a creditação.

As imprecisões de linguagem, a inadequação de circuitos de informação, a inexistência de estruturas, fundamentais à acreditação, constituíram dificuldades amplamente debatidas pelos entrevistados. Parece tratar-se de um processo marcado por imprecisões decorrentes de um processo intensivo bastante embrionário, sem o acompanhamento necessário nos termos das instruções. Quando se fala de acompanhamento embrionário não se fala do acompanhamento necessário a todo e a qualquer processo de mudança, mas a uma exigência acrescida de modelo que ainda não está adaptado à realidade portuguesa.

Os resultados revelam que apesar dos intervenientes no processo de acreditação da USF pelo modelo de acreditação ACSA terem sentido diversas dificuldades, o processo foi muito trabalhoso e difícil porque 'tiveram de desbravar terreno', mas ao mesmo tempo positivo e gratificante. No entanto, revelaram que deverá ser promovida uma maior articulação entre as USF e as entidades de acreditação. Esta articulação é importante ao longo de todo o processo de acreditação.

Quanto aos benefícios da implementação do modelo foi referido aumento do trabalho de equipa, o aumento da auto-confiança, a melhoria da qualidade, que permitiu também o controlo interno de processos através da criação de procedimentos uniformes, da elaboração de normas e do registo do erro.

Por fim, e não menos importante, são de realçar as implicações deste estudo para o futuro. A nível teórico, há uma inexistência de estudos nacionais acerca do impacto dos processos de acreditação nas USF pelo modelo ACSA.

5.3- Sugestões

No futuro deverão ser efectuados estudos que permitam avaliar os impactes deste modelo nas instituições de saúde e verificar a sua eficácia como motor da qualidade e a satisfação dos utentes e dos profissionais. Salienta-se também que as barreiras aqui identificadas deverão servir de 'input' para o processo de adaptação do modelo à realidade portuguesa, assim como a sua consideração nos processos de acreditação que se encontram em curso e futuros.

Formuladas as considerações finais e com base nas sugestões que decorrem dos dados analisados, à luz do enquadramento teórico construído e centrada na problemática do desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF, verifica-se a necessidade intervir ao nível das estratégias de formação, da articulação entre as entidades acreditadoras e as USF que se voluntariam à acreditação.

Este estudo pode ser aprofundado ouvindo-se os especialistas, os coordenadores dos projectos MoniQuOr e ACSA e efectuando-se uma análise documental entre ambos. Aí será possível perceber as mais-valias dos diferentes modelos e a sua adequação à realidade dos cuidados de saúde primários em Portugal, bem como, apreciar as vantagens/desvantagens inerentes à implementação sucessiva de diferentes metodologias no futuro.

Deste trabalho emergem aspectos percepcionados que se deverão ter em conta na implementação deste modelo em outras unidades e que, antes de mais, deverão servir de 'inputs' para o processo de adaptação do modelo à realidade portuguesa.

Acreditamos que as sugestões deste estudo sejam o início de novos processos e novas dinâmicas em prol de processos de acreditação mais eficientes, pois os profissionais investiram muito tempo na interpretação dos critérios.

Acima de tudo e apesar das dificuldades e limitações, que este foi um momento de aprendizagem, evolução e crescimento, quer como pessoa, quer como profissional. Por conseguinte, o presente trabalho ajudou à reflexão, fazendo emergir novas ideias que podem conduzir a outros desafios futuros. Cada vez mais as organizações, nomeadamente onde exerce funções, se deparam com a necessidade de implementar sistemas de gestão da qualidade. A experiência adquirida e a reflexão sobre as metodologias/processo de implementação, neste caso do modelo ACSA são susceptíveis de serem mobilizadas em outros contextos, desde que as entidades gestoras assim o entendam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, R. & Funnell, M. (2003). *The diabetes Educator*. 29, 454- 464.
- Anónimo, (1986, Novembro). *Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com Vista a Uma Nova Saúde Pública*. Canadá: Ottawa.
- Anónimo, (1991, Junho). *Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Suécia: Sundsvall.
- Anónimo (2002, Maio). Certificação. *Qualidade em saúde*, 6, 42-45..
- Baldrige Performance Excellence Program. (2011). Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:
http://www.nist.gov/baldrige/about/what_we_do.cfm
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 5-12.
- Baylina, P. (2010). *Qualidade*. Porto: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.
- Bressan. F. (2000). *O método de estudo de caso*. Consultado na World Wide Web a 11 de Setembro de 2010, em:
http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm
- Boavista, A., Ribeiro, L.M.C. & França, M. (2000, Maio). Qualidade organizacional hospitalar – Protocolo IQS/KFHQS. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*, 0, 6.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Campos, C. (2005). *Linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Gabinete do Ministro.
- Campos, L., Carneiro, A. V. & Saturno, P. (2010). *A qualidade no PNS 2011-2016*. 3.º Fórum nacional de saúde – Para um Futuro com saúde. Lisboa: Ministério da saúde; Alto-comissário da Saúde.
- Carneiro, A. V. (2000, Maio). Normas de orientação clínica. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*, 0, 3.
- Centro de estudos de investigação em saúde da universidade de Coimbra. (2008). *Monitorização da satisfação dos utilizadores*. Consultado na World Wide Web a 11 de Abril de 2011, em:
http://www.uc.pt/org/ceisuc/Projectos/Sat_USF/
- Christo, H. F. (2000a, Maio). QualiGest. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*, 0, 4.

Christo, H. F. (2000b, Maio). Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*, 0, 7.

Christo, H. F. (2004, Abril/Junho). Metodologia 5S benefícios da sua aplicação num serviço de saúde. *Qualidade em saúde*, 13-18.

Christo, H. F. (2010). *Qualidade organizacional nos cuidados de saúde primários em Portugal 10 anos a monitorizar a qualidade*. Consultado na World Wide Web a 11 de Dezembro de 2010, em:

http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/amq_proesf2010/filipa.pdf

Christo, H. F. (2010, Novembro). *Qualidade: mar de oportunidades*. Comunicação apresentada no Hotel Royal Garden, Ponta Delgada.

Coutinho, C. P., & Chaves, J.H. (2002). *O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal*. *Revista Portuguesa de educação*, 15, 221-243.

Decreto-Lei n.º 23051/ 1933, de 23 de Setembro. Consultado na World Wide Web a 11 de Dezembro de 2010, em:

http://www.casapovoalagoa.pt/main.asp?pag=casa_povo.asp

Decreto-Lei n.º 413/1971, de 27 de Setembro. Consultado na World Wide Web a 11 de Dezembro de 2010, em:

http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_legis_geral_docs/DI_413_71.htm

Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro. Consultado na World Wide Web a 13 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+potugal/serviço+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

Decreto-Lei n.º 74-c/1994, de 2 de Março. Consultado na World Wide Web a 11 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/serviço+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

Decreto-Lei n.º 198/1995, de 29 de Julho. Consultado na World Wide Web a 13 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+potugal/serviço+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de Maio. Consultado na World Wide Web a 8 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/DL%20157%20-%201999.pdf>

Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de Maio. Consultado na World Wide Web a 13 de Dezembro de 2010, em:

http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-primarios/822905.pdf/view

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril. Consultado na World Wide Web a 11 de Dezembro de 2010, em:

<http://diario.vlex.pt/vid/decreto-lei-33128567#ixzz0mLjU4KU>

Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto. Consultado na World Wide Web a 11 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.riac.gov.pt/RIAC/footer/centrolegislacao/166/167/cddocumento480.htm>

Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho. Consultado na World Wide Web a 16 de Dezembro de 2010, em:

http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-primarios/822909.pdf/view

Decreto – Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. Consultado na World Wide Web a 18 de Janeiro de 2011, em:

http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_105/DL_298_2007.pdf

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro - Criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES). Consultado na World Wide Web a 13 de Janeiro de 2011, em:

<http://diario.vlex.pt/vid/decreto-lei-fevereiro-35881063>

Despacho Normativo n.º 9 /2006. Consultado na World Wide Web a 20 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/legislacao/legislacao.htm>

Despacho n.º 20791/2008, de 8 de Agosto. Consultado na World Wide Web a 06 de Dezembro de 2010, em:

<http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/08/2s153a0000s00.pdf>

Despacho n.º 69/2009, de 8 de Agosto. Consultado na World Wide Web a 06 de Dezembro de 2010, em:

<http://dr.pt/2sdip/2009/04/069000000/1432314323.pdf>

Despacho n.º 14 223/2009, de 24 de Junho de 2009 (2009). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Ministra da Saúde. Consultado na World Wide Web a 05 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.sg.min-saude.pt>

Departamento da Qualidade na Saúde, (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Direcção-Geral de Saúde.

Direcção Geral de Saúde (1978, Setembro). *Conferência Internacional sobre Cuidados de saúde Primários de Saúde*. URSS: Alma Ata.

Direcção-Geral de Saúde (1997). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Ministério da saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2010). Consultado na World Wide Web a 22 de Janeiro de 2011, em:

<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>

Donabedian, A. (2003). *Na introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford.

Foderário, V. E., & Zancanaro, L. (). *A eutanásia voluntária vista a partir do princípio de autonomia*.

Consultado na World Wide Web a 22 de Janeiro de 2011, em:

<http://www.uel.br/eventos/sepech/arqtxt/resumos-anais/ViniciusEFoderario.pdf>

Florentim, R.J.S. (2007). *Gestão pela Qualidade nos serviços de saúde*. *Dirigir*, 100, 47-52.

Foley, K. J. (2010). *Third Generation Quality Management: From Atoms to Bits, or Quality Management in the Knowledge Society*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

<http://www.2010.qualcon.com.au/Downloads/AOQ%20Foley%20on%20Third%20Generation%20Quality%20Management.pdf>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freixo, J. (2010). *Certificação do SGQ da ULSAM*. Consultado na World Wide Web a 28 de Abril de 2011, em:

<http://www.cham.min-saude.pt/SGQ+UISAM.htm>

Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2004). *Programa de acreditación de unidades de gestión clínica*. Andalucía: Tecnographic S.L.

Gomes, B. P., & Mendes, M. A. (2008, Janeiro, Fevereiro). *A Interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente*. *Servir*, 1, 6-13.

Gomes, P. (2004). *A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação*. Cadernos: bad 2.

Hans, J. (1994). *Principio de responsabilidad*. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica.

Infopédia. (2011). Consultado na World Wide Web a 20 de Abril de 2011, em:

[http://www.infopedia.pt/\\$organizacao-para-a-cooperacao-e-desenvolvimen](http://www.infopedia.pt/$organizacao-para-a-cooperacao-e-desenvolvimen)>.

Instituto Português de Acreditação. (2009). *Acreditação*. Consultado na World Wide Web a Julho de Janeiro de 2010, em:

www.ipac.pt.

Instituto Português da Qualidade. (2009). *Prémio de Excelência - Sistema Português da Qualidade*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

<http://www.ipq.pt/custompage.aspx?modid=1296>

Jones P., Hillier D. & Comfort D. (2009). *Primary health care centres in the UK: putting policy into practice*. Emerald.

Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto. Consultado na World Wide Web a 11 de Dezembro de 2010, em:

<http://www.saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+potugal/serviço+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

LAS (2007). Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

http://las.pt/las/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=30

Lima, M. O.S.S. (s.d.). *Acreditação Hospitalar*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/copy_of_treinares/2o-seminario-do-pro-hosp/acreditacao-hospitalar-prohosp.pdf

Lopes, S. (2010). *Organização de empresas*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

<http://simonelopes.webnode.pt/news/planejamento-operacional/>

Machado, P. B. & Nunes, R. (2005). *Diagnóstico Qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Entidade reguladora da saúde: Porto.

Marconi, M A. & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica 5.ª edição*. São Paulo: ATLAS S.A.

Mariani, C., Pizzinatto, N. & Farah, O. (2005). *Método PDCA e Ferramentas da Qualidade no Gerenciamento de Processos Industriais: Um estudo de caso*. XII SIMPEP: Bauru

Mercal, (s.d.). *Guia de apoio ao planeamento estratégico*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

http://www.mercal.pt/publicacoes/Guia_de_Apoio_ao_Planeamento_Estrategico.pdf

Mezono, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Manole Ltda: Baruci.

Miguel, L. S. & Sá A. B. (2010). *Cuidados de saúde primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da saúde; Alto-comissário da Saúde.

Miles, M.B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. Sage.

Ministério da saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010- Volume I Prioridades*. Lisboa: Gráfica Maiadouro.

- Ministério da saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010- Volume II orientações estratégicas*. Mais saúde para todos. Lisboa: Gráfica Maiadouro.
- Ministério da Saúde. (2008). *Expansão com qualidade e valorização de resultados*. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família. Brasília: Editora MS.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Seleção e avaliação de candidaturas a USF*. Consultado na World Wide Web a 12 de Janeiro de 2010, em:
http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Selecao_e_Avaliacao_de_Candidaturas_a_USF.pdf
- MoniQuor. (2004). Instituto da Qualidade em Saúde. *Ministério da Saúde*. Lisboa: Novos Suportes Publicitários, Lda.
- Moraes, H. V., Rocha, E. M. & Chamon, W. (2010). *Funcionamento e Desempenho do Sistema de Revisão por Pares*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492010000600001&script=sci_arttext
- Murojão, N. (2007). Centros de saúde da ULSM são os primeiros acreditados. *Grafinvest*, 2,1-8.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2001- Conhecer os caminhos da saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2002- O estado da saúde e a saúde do Estado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2003 - Saúde: Que rupturas. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2004 – Incertezas... Gestão da mudança na saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2005 – Novo serviço público de saúde. Novos desafios. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2006 – Um ano de governação em saúde: sentidos e significados. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2007- Luzes e sombras - a governação da saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2008 – Sistema de saúde português: riscos e incertezas. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2009 – 10/30 Anos: razões para continuar. Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Relatório de Primavera 2010 – Desafios em tempo de crise. Lisboa.

Orientação da DGS 011/2011, de 15 de Abril. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

<http://www.deg.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=ytdv2kw5ilme55zshka&cr=20151>

Pardal, M.S., Trad. (1988, Abril). Políticas Favoráveis à Saúde 2.^a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. *Ministério da Saúde*. Austrália: Adelaide.

Pisco, A. L., Lino, M. & Rodrigues, J. (2000, Maio). MoniQuOr avaliação e monitorização da qualidade organizacional. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*, 0, 15-16.

Pisco, L. & Biscaia, J.L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista de saúde Pública Portuguesa*, 2, 2-9.

Pisco, L. (2001) *Cooperação: a chave para a qualidade e para o sucesso*. Mensagem: Local da editora P. 2-6.

Pisco, L. (2004). *Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*. Lisboa: Instituto de Qualidade em Saúde.

Pisco L. (2008, Novembro). *Guia de Candidatura à Marca AQR- Atendimento de Qualidade Reconhecida*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 1368/ 2007, de 18 de Outubro. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?id=32>

Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (.1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva

Reis, L. (2000, Maio). Projecto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento Hospitalar. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*, 0, 7.

Reis, S. (2005, 05 de Abril). Gestão para a qualidade total. *Nursing* 15-17.

Resolução de Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:

<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx>

Rosa, M. (2002). *Sistema de saúde português*. Escola nacional de saúde pública. Universidade nova de Lisboa.

Simões, J. (2005). *Retrato político da saúde – Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra. Almedina.

Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998, 4 Julho). Helping doctors make better decisions. *A first Class Service Quality in the new NHS*. BMJ, 317, 61-65.

- Schoutheete, M., Herman, J. & Bruyne, P. (1991). *Dinâmica da pesquisa em Ciências sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.
- Stevenson K., Sinfield P., Ion V. & Merry M. (2004). Involving Patients to improve service quality in primary care. *International Journal of Health care quality assurance*: Emerald.
- SOLVAY. (2011). *FQM*. Consultado na World Wide Web a 26 de Abril de 2011, em:
<http://www.solvay.pt/policyandstrategy/tqm/efqm/0,,1201-5-0,00.htm>
- Sousa, A., Baylina, P. & Oliveira, R. C. (2007, Outubro). *Serviços de saúde e avaliação de desempenho: uma revisão da literatura*. Comunicação apresentada no XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Foz do Iguaçu.
- Scucuglia, R. (2001). *A polémica definição de "qualidade"*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:
http://www.gaussconsulting.com.br/artigos/polemica_qualidade.pdf
- Tuckman, B. W. (2002). *Manual de investigação em educação 2.ª edição*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Universidade da Madeira. (2008). *Controlo da qualidade*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2011, em:
<http://max.uma.pt/~a2058407/controlo.htm>
- Varanda, J. (2000, Maio). QualiGest. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*, 0, 5.
- Varela, J. M. F. (2007). *Desenvolvimento de competências para a promoção de saúde em contexto de trabalho*. Lisboa: Universidade Nova.
- World Health Organization (1997, Julho). *Declaração de Jakarta sobre a promoção da saúde no século XXI*. Indonésia: Jakata.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: Author.

ANEXOS

Anexo I**Entrevista semi-estruturada**

Objectivo	Questão
Conhecer quem decidiu a adopção da acreditação pelo modelo ACSA	1- O que motivou a implementar este modelo da Qualidade ACSA?
Identificar os objectivos que pretenderam alcançar com a acreditação	2- Quais foram os principais objectivos que pretenderam alcançar com este processo?
Conhecer oportunidades externas	3- Descreva as ajudas externas à Instituição? a. Quais os organismos envolvidos? b. Qual o grau de envolvimento?
Conhecer dificuldades externas	4- E no processo de acreditação, quais foram as principais barreiras externas que tiveram de ultrapassar?
Identificar pontos fortes internos	5- O que mudou na organização após a implementação da acreditação?
Conhecer dificuldades internas	6- Quais foram as principais dificuldades ao nível organizacional com que se depararam na implementação deste modelo (ACSA), relacionadas: a. Com meios de apoio (consultores, manuais, guias de interpretação, plataforma informática); b. Informação; c. Canais de comunicação; d. Formação dos profissionais; e. Outras dificuldades.
Conhecer a opinião dos agentes envolvidos no processo	7- Como descreveria resumidamente todo processo de implementação e a consequente acreditação desta USF?
Contribuir para a identificação dos constrangimentos que decorrem da aplicação do modelo ACSA	8- Quais seriam os principais sugestões e/ou recomendações que faria a outras USF interessadas em aderir a este processo?
Conhecer a opinião acerca do modelo de acreditação utilizado	9- Sendo este um modelo Espanhol é da sua opinião que o modelo está adaptado à nossa realidade? Que as sugestões faria para uma melhor adequação o referido modelo?

(Entrevista a aplicar aos profissionais da equipa da qualidade da USF- prevê-se que cada entrevista tenha uma duração de cerca de 25 minutos)

Anexo II

Consentimento Informado

Eu, Fátima Gabriela da Rocha Gomes, aluna do 2º ano do Curso de Mestrado Gestão das Organizações – Ramos da Gestão de Unidade de Saúde, a realizar tese, venho solicitar a sua participação neste trabalho na qualidade de entrevistado, intitulado, “Desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF’S”, cujos objectivos são: identificar os processos de implementação de ferramentas de gestão de qualidade, identificar as oportunidades e constrangimentos internos e externos de correntes de todo o processo de acreditação.

Toda a informação será utilizada apenas para o fim a que se destina e será tratada de forma e anónima e confidencial, agradecendo desde já a sua participação.

Aceito participar de livre e espontânea vontade neste trabalho, subscrevo-me:

Anexo III

Carta da qualidade da USF A

A USF A ao prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria do nível de saúde da comunidade, assume os seguintes compromissos e garantias:

Compromissos

Compromisso com um atendimento cortês, efectivo e personalizado

Compromisso de liberdade de escolhas

Estar inscrito na USF pressupõe estar consonante com o seu médico e/ou enfermeiro de família. Dentro das possibilidades será satisfeito qualquer pedido fundamentado de mudança de médico dentro da USF.

Compromisso com audição aos utentes

A equipa encontra-se receptiva a todos os contributos e sugestões que os seus utentes queiram manifestar com o fim de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Os utentes serão sempre os principais olhares externos que proporão correcções.

Compromisso com indicadores e padrões de qualidade

A prestação de cuidados de saúde reger-se-á por uma cultura de rigor e de qualidade técnico-científica com base em indicadores e padrões de qualidade. A elaboração de normas de orientação clínica será uma prioridade.

Compromisso com informação ao utente

Estão afixados os direitos e deveres dos utentes. A equipa manterá os seus utentes informados e actualizados em relação à USF através de placards informativos nos espaços de espera, por contacto telefónico, via CTT ou outro. A página na internet será actualizada pelo menos mensalmente havendo dois elementos responsáveis administradores da página.

Compromisso com circuito de resolução de problemas e reclamações

O utente pode usar a caixa de sugestões, expor o caso directamente à coordenadora ou usar o livro de reclamações. As sugestões e reclamações serão encaminhadas para o gabinete do utente que dará resposta a todas as reclamações em tempo adequado. Todo o doente que solicite um esclarecimento sobre o funcionamento ou erro no atendimento será ouvido pela responsável administrativa ou pela coordenadora conforme o caso e em horário próprio para este fim.

Compromisso com eficiência

Os médicos da USF A comprometem-se a gerir a prescrição e os meios complementares de diagnóstico utilizando as linhas de orientação relativamente às patologias e utilizando uma boa gestão de prescrição.

Garantias

- Garantir a prestação de cuidados de saúde todos os dias úteis das 8 às 20 horas;
- Garantir atendimento médico e de enfermagem em regime de intersubstituição na ausência do seu médico e /ou enfermeira de família;
- Garantir espaço diário para o atendimento de situações agudas que não possam esperar por marcação;
- Garantir a realização de consulta médica no próprio dia a todos os utentes que se tenham dirigido à USF, por situações clínicas urgentes;
- Garantir a realização de consulta de enfermagem no próprio dia a todos os utentes que se tenham dirigido à USF, com necessidades de cuidados de enfermagem urgentes;
- Garantir a realização de consultas médicas e de enfermagem, no domicílio, a doentes incapazes de se deslocarem à USF, com a urgência necessária e de acordo com o combinado entre o utente (ou cuidador) e o médico de família;
- Garantir que, em 90% dos utentes, a hora de entrada para a consulta médica ou de enfermagem, não ultrapasse a hora agendada em mais de 20 minutos;
- Garantir que as chamadas telefónicas são atendidas com cortesia, rapidez e profissionalismo;
- O acesso à 1ª consulta de vigilância de saúde infantil até ao 15º dia de vida a todos os recém-nascidos que pretendam ser seguidos na USF, a propor 6 consultas de vigilância no primeiro ano e 3 no segundo ano;
- Garantir o acesso à primeira consulta de saúde materna até às 10 semanas de gravidez a todas as grávidas que pretendam ser seguidas na USF e programar pelo menos 6 consultas na gravidez normal. Às 34 semanas referência para a consulta de obstetrícia do Hospital de referência, para a consulta das 37 semanas. Todas as situações de risco serão referenciadas para o hospital de referência;
- Garantir a consulta de planeamento familiar a todas as mulheres que pretendam ser seguidas na USF. Nesta consulta são distribuídos métodos contraceptivos que façam parte do planeamento familiar;
- Garantir consultas de vigilância dos diabéticos maioritariamente de 3 em 3 meses com consulta em equipa de saúde;

- Garantir consulta de vigilância dos hipertensos após controlo intencional de 4 em 4 meses com consulta intercalar de enfermagem;
- Garantir consulta de vigilância a idosos com programação adequada a cada caso e em horário próprio;
- Garantir consultas de vigilância de patologias crónicas com a periodicidade adequada individualmente e em horário próprio;
- Garantir a possibilidade de obter informações através do telefone, assim como o conselho médico ou de enfermagem durante o período de abertura da USF.

Anexo IV

Carta da qualidade da USF B

Os elementos constituintes da USF B assumem o compromisso de manter uma preocupação constante com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Com este objectivo, a USF B procurará manter as seguintes estratégias:

1. Manter presentes, em toda a actividade, os princípios da razoabilidade, simplicidade, adaptabilidade e flexibilidade;
2. Combater os procedimentos redundantes;
3. Reduzir ao mínimo essencial o número de contactos com os serviços, por utente, para obterem o serviço pretendido;
4. Facilitar a resolução de problemas pelo telefone nomeadamente a marcação de consultas;
5. Cada utente que procura ajuda junto da USF deve sair com uma resposta clara e eficaz;
6. A hora da consulta deve ser tão coincidente quanto possível com a hora marcada;
7. Evitar ao máximo o aglomerado de utentes na sala de espera;
8. Aplicar, periodicamente, questionários para avaliar o grau de satisfação dos utentes;
9. Analisar, em equipa, cada reclamação, ou acidente crítico, no sentido de aprender e corrigir de modo a reduzir a probabilidade de voltar a acontecer;
10. Implementar, desenvolver e manter um sistema de informação que permita avaliar a actividade e a qualidade dos serviços prestados;
11. Incentivar as consultas programadas sem, contudo, coarctar a possibilidade das consultas do dia quando necessário;
12. Procurar, no seguimento de doenças crónicas, em cada consulta marcar a seguinte;
13. Implementar, como rotina, o contacto telefónico sempre que o doente falte a uma consulta tentando avaliar a razão da ausência e marcar consulta de alternativa;
14. Manter as instalações nas máximas condições de higiene e segurança;
15. Implementar sistema eficaz de renovação de receituário;
16. Adoptar, entre o Grupo, protocolos de seguimento dos problemas crónicos mais frequentes;
17. Implementar ciclos de melhoria contínua da qualidade para os programas de problemas mais frequentes;
18. Avaliar os perfis de prescrição dos clínicos do Grupo;
19. Avaliar os perfis de requisição de exames complementares de diagnóstico;
20. As reuniões clínicas e de serviço têm horas de início e de fim preestabelecidas, que devem ser cumpridas rigorosamente.

Anexo V

Carta da qualidade da USF C

A USF C é uma Unidade de Saúde do novo modelo com autonomia organizativa, funcional e técnica. Resultou da iniciativa dos seus profissionais ao abrigo do DL USF Modelo B

Compromissos assumidos

- **Compromisso de gestão da doença aguda:** Todos os doentes com doença aguda devem ser atendidos no próprio dia, preferencialmente pelo seu médico de família e o apoio da enfermeira. No caso de não ser possível a observação pelo seu médico, será atendido por outro médico da equipa.

- **Compromisso na promoção da sua saúde:** A USF deve vigiar e promover a saúde de todos os utentes inscritos.

- **Compromisso de apoio domiciliário:** Os doentes dependentes, têm direito a apoio domiciliário da equipa na sua habitação permanente, na área da USF

- **Compromisso de vigilância da doença crónica:** Todos os doentes com doenças crónicas (exemplo: diabetes e hipertensão) devem fazer avaliação periódica

- **Compromisso de vigilância e prevenção da saúde:**

Todos os utentes devem ter o Plano Nacional de Vacinação actualizado

O Planeamento Familiar e o rastreio dos cancros do colo e da mama devem ser fomentados

Todas as crianças e adolescentes devem ter a sua saúde correctamente vigiada

Todas as grávidas devem ter a sua gravidez correctamente acompanhada

Os idosos devem ter a sua saúde vigiada

- **Compromisso com um atendimento cortês e responsável:** É o tipo de acolhimento a que queremos tenha direito, num ambiente de confiança e respeito entre profissionais, doentes e acompanhantes.

- **Compromisso com padrões de boas práticas na prestação de cuidados de saúde:** Todos os profissionais da USF são qualificados para o compromisso assistencial que assumem e seguem normas de orientação técnica, para o executar.

- **Compromisso com um processo de melhoria contínua dos cuidados:** Visamos a prática de cuidados de saúde primários de qualidade, num ambiente de segurança e satisfação, para si e para os profissionais.

- **Compromisso em mantê-lo informado e actualizado em relação à USF:** Através do “Placar Informativo” e outros meios que formos implementando.

- **Compromisso com um processo de co-responsabilização e participação:** Contamos consigo na melhoria dos serviços, através das sugestões e opiniões que nos fizer chegar.
- **Compromisso com o princípio da liberdade de escolha:** Estar inscrito connosco, pressupõe sempre consentimento mútuo entre si e um profissional médico da USF.
- **Compromisso com um circuito de resolução de problemas e reclamações explícito:** Pode usar a caixa de sugestões, optar por reclamar expondo o caso directamente ao Coordenador da USF, ou usar o livro de reclamações.